11

Beitrag
zur
Pathologie und Therapie
der
Vulva- und Scheiden-Carcinome.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Kgl. bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der Doktorwürde
vorgelegt von

N. Werthmann
approb. Arzt
aus
Birstein (Hessen-Nassau).

Würzburg
Buchdruckerei Franz Staudenraus
1907.

Referent:

Herr Geh. Hofrat Prof. Dr. Hofmeier.

Seiner Hochgeboren dem Herrn

Grafen Nikolaus Moritz Esterházy

in tiefster Ehrerbietung und Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30611544

I. Teil.

Was seine Häufigkeit betrifft kann das Carcinom in einer Reihe mit Tuberkulose und Syphilis genannt werden, denen als Volksseuchen Tausende und Abertausende jährlich zum Opfer fallen.

Bei näherer Betrachtung der Krebsstatistiken bemerken wir ein bedeutendes Überwiegen der Mortalität an Carcinom bei dem weiblichen Geschlecht gegenüber dem männlichen; der Grund hiefür ist darin zu suchen, dass bei den Frauen der Genitalapparat sehr häufig carcinomatös erkrankt; hiebei müssen wir bezüglich der Häufigkeit des Auftretens wieder einen Unterschied machen, da wir unverhältnismässig öfter einen Uterus oder Mamakrebs als ein primäres Vulva oder Scheidencarcinom beobachten.

Das primäre Carcinom der Scheide ist eine ziemlich seltene Erkrankung und dies zum Glück, da, wie wir später sehen werden, es eine ungemein trübe Prognose bietet.

Um zu illustrieren, wie verhältnismässig selten der Scheidenkrebs auftritt, seien folgende Zahlen angefügt:

In der Kgl. II. Univ.-Frauenklinik in Budapest wurden in 23 Jahren nur 7 Fälle von primärem Scheidenkrebs konstatiert.

Martin fand unter 5000 kranken Frauen nur eine an carcinoma vaginae erkrankte, Hecht bei den

in den Wiener Spitälern erkrankten Frauen unter 13156 nur 50, Schwarz unter 35807 nur 84, Gurlt unter 59600 nur 116 mit primärem Scheidenkrebs. Eppinger traf in dem Prager pathol. Institut bei 2149 Sektionen 79 Uteruscarcinome und nur 3 primäre Scheidenkrebse.

Krönig berichtet, dass es ihm gelungen wäre, 64 Fälle von primärem Scheidenkrebs aus der Literatur zusammenzustellen und betont zugleich die grosse Seltenheit dieser Erkrankung.

Ich selbst fand bei Zusammenstellung der auf der gynäkologischen Station in der Kgl. Universitäts-Frauenklinik Würzburg an Krebs behandelten erkrankten Frauen, dass vom Jahre 1889 bis 1907 — 20 an primärem Scheiden-Carcinom zur Behandlung kamen. Die Statistik bezieht sich auf 18 Jahre.

Wie überhaupt, so entwickelt sich auch das Scheiden-Carcinom meist im höheren Lebensalter, wenngleich Fälle bekannt sind, wo selbst Kinder und ganz jugendliche Personen an Scheidenkrebs erkrankten; Kaiser demonstrierte in der Gynäkol. Gesellschaft in Dresden eine 26jährige Person an Scheidencarcinom; ich selbst fand unter meinen Fällen eine 29jährige Frau, die wegen carcinoma vaginae in der K. Frauenklinik Würzburg in Behandlung trat.

Eine Alterstabelle finden wir bei Küstner (Archiv für Gynaekologie), der folgendes konstatierte:

Im Alter von

15—20 J.	2 Personen	an Scheidenkrebs erkrankt.
21—30 J.	2 Personen	
31—40 J.	9 Personen	
41—50 J.	4 Personen	
51—60 J.	4 Personen	
61—70 J.	1 Person	

Kalle fand in der Literatur folgendes über das Alter der an Scheidenkrebs erkrankten Frauen: zwischen 71—80 J. 1 Fall, zwischen 61—70 J. 3 Fälle, zwischen 51—60 J. 5 Fälle, zwischen 41—50 J. 3 Fälle, zwischen 31—40 J. 5 Fälle, zwischen 20—30 J. 2 Fälle. Es sind dies im ganzen 24 Fälle und zwar auf die verschiedenen Lebensalter verteilt:

zwischen	20—30 J.	7 Pat.	=	29,1%
„	31—40 J.	5 Pat.	=	20,8%
„	41—50 J.	3 Pat.	=	12,5%
„	51—60 J.	5 Pat.	=	20,8%
„	61—70 J.	3 Pat.	=	12,5%
über	70 J.	1 Pat.	=	4,1%
		24		

Nach dieser Statistik ersehen wir allerdings, dass das Scheidencarcinom auch bei Frauen in noch nicht so weit vorgeschrittenem Alter mit Vorliebe aufzutreten pflegt.

Eine Ausnahme bilden die Fälle von Johannowsky, der einen Fall von Scheidencarcinom bei einem 9jährigen Mädchen, Guérsand bei einem $3^1/_2$jährigen, und Smith bei einem 14 Monat alten Mädchen beschrieb. Unsere Kenntnisse über die Entstehungsursachen des Scheidenkrebses sind im allgemeinen recht dürftige und grösstenteils nur Vermutungen.

Viele Autoren nennen ein lange und schlecht sitzendes Pessar als Entstehungsursache und sahen den Krebs da auftreten, wo der Bügel eines solchen längere Zeit das Scheidengewölbe drückte oder die Scheidenwand scheuerte.

Maly berichtet in seinem Beitrag zur Ätiologie des Carc. vag. Z. f. G. u. G. Nr 27 (1903) folgenden Fall: Bei einer Frau, die ein Pessar 39 Jahre lang getragen und dasselbe selten gereinigt hatte, traten

Blutungen auf; zugleich eitriger Ausfluss mit jauche-ähnlichem Sekret und Schmerzen. Er stellt hieran folgende Betrachtung:

Die einzelnen Individuen scheinen sich dem Fremdkörperreiz sehr verschieden disponiert zu zeigen, da bei einzelnen ihm bekannten Fällen kurz nach Einlegen des Pessars, in anderen erst nach 12, ja im vorgenannten Falle erst nach 40 Jahren das Carcinom auftrat. Maly denkt sich das Entstehen der Carcinome folgendermassen: Durch ein schlecht sitzendes, scheuerndes Pessar entstehen Erosionen der Schleimhaut bezw. Decubitus. Nun könnte man annehmen, dass beim Bestreben der Natur, diesen Verlust zur Heilung zu bringen, wobei jedoch der alte Reiz fortbesteht und das neugebildete Gewebe immer wieder vernichtet wird, endlich die Natur einen besonderen Anlauf nimmt und in dem verstärkten Heilbestreben über das Ziel hinausschiesst und so das Gleichgewicht der aufbauenden Gewebe, Epithel und Bindegewebe, stört. Wann diese Gleichgewichtsstörung auftritt, ist von einer Reihe von Faktoren, wie Widerstandsfähigkeit der Gewebe, Vitalität und Proliferationskraft der Zellen, Alter des Individuums, abhängig.

Von den Fällen, bei denen wir das Pessar als ätiologisches Moment ansehen können, finden wir in der Literatur mehrere verzeichnet; so fand z. B. u. a. Schmitt an der Scheidenwand einer Frau, die ein Viertel Jahr lang beständig durch ein schlecht sitzendes Pessar gedrückt wurde, einen flachen, kleinlappigen Tumor, den man als Carcinom ansprechen musste. Auch Schwangerschaft oder erbliche Belastung scheinen wohl auf das primäre Scheidencarcinom keinen ätiologischen Einfluss zu haben. Küstner nennt 6 Fälle, in denen die Affizierten Virgines waren.

Siefart demonstrierte eine 56jährige Virgo mit einem seltenen Adenocarcinom der Vagina, Maly ist der Ansicht, dass Geburten überhaupt keinen Einfluss auf das Scheidencarcinom haben und auch ich fand unter der Statistik der Würzburger Universitäts-Frauenklinik Fälle von Scheidenkrebs bei Nulliparis.

Was den Sitz der Scheidencarcinome anlangt, so treffen wir sie mit Vorliebe an der hinteren Scheidenwand und zwar im oberen Drittel. Dieser Abschnitt ist den grössten Insulten ausgesetzt wie: Cohabitation, Masturbation, Irrigation und den sich aus dem äusseren Muttermund entleerenden Sekreten.

Diesen ätiologischen Momenten stehen allerdings die Angaben Neugebauer's gegenüber, der 320 Fälle beschreibt, wo Frauen Jahre und Jahrzehnte lang Pessare, ohne einmal zu entfernen, trugen, oder wo lange Zeit Fremdkörper, teils um Pessare zu ersetzen, teils onanistischer Zwecke halber, in der Scheide verweilten; unter diesen 320 Fällen hatte er nur 6mal Scheidencarcinom gefunden.

Göbel fand bei einer kritischen Sichtung der vorhandenen Literatur über ätiologischen Zusammenhang, über mechanischen Reiz und Carcinom-Entstehung, dass sich nur in den wenigsten Fällen ein zeitlicher und räumlicher Zusammenhang zwischen beiden feststellen lässt. In den wenigsten Fällen sind die Reize rein mechanisch, sondern mit chemischen vermischt oder von chronisch entzündlichen Vorgängen begleitet.

Wir unterscheiden 2 Formen von Scheidenkrebs:

1. Die geschwürig zerfallende Form, die die häufigere ist, ein scharf umschriebenes aus dem Grundgewebe sich mehr oder minder steil erhebendes Ge-

bilde, dessen Oberfläche durch kraterähnliche Vertiefungen mehrteilig erscheint.

Im Anfangsstadium präsentiert sich das Carcinom als ein Gewächs aus pilz- oder blumenkohlartigen Teilen, das aber bald exulceriert und in die Tiefe schreitet; dann bekommen wir das typische Geschwür mit infiltriertem Grunde.

Die Umgebung eines solchen carcinomat. Geschwürs ist wesentlich gerötet, die Schleimhaut entzündet und infiltriert, daher zu Blutungen leicht geneigt und erodiert, stellenweise finden wir wieder das Epithel weissglänzend und hypertrophische Inseln bildend.

2. Die infiltrierende Form des Carcinoms hebt sich nicht so scharf von der Umgebung hervor, sondern dringt in infiltrierender Weise als ein knorpelhartes Gewebe in die Vaginalwand ein und schreitet auch in dem darunter gelegenen Bindegewebe fort, um alsdann ringförmig um die ganze Scheidenperipherie herumzuwachsen und dieselbe in ein starres hartes Rohr zu verwandeln.

Während bei der ersten Form das Lumen der Scheide verändert wird, erleidet bei der letztgenannten die Konsistenz eine wesentliche Veränderung.

Der Lieblingssitz der Scheidencarcinome ist der obere Teil der hinteren Vaginalwand, vielleicht weil diese, wie vor erwähnt, den meisten Insulten ausgesetzt ist.

In vielen Fällen ist nur eine ganz kleine Grenze zwischen der carcinomatös erkrankten Vaginalwand und der Portio zu bemerken.

Wohl sind auch Fälle bekannt, bei dem der Krebs von den seitlichen Wänden seinen Ausgang nahm, Fälle, bei denen wir in der Mehrzahl ein schlecht-

sitzendes Pessar als ätiologisches Moment für das Carcinom angeführt sehen.

Eine Statistik von Rohde über den Sitz des Carcinoms ergibt folgende Ziffern:

Von 123 Fällen sass der Krebs

an der hinteren Wand	71 mal
an der vorderen Wand	23 mal
an der seitlichen Wand	13 mal
ringförmig:	16 mal

Wir sehen also deutlich hier das Überwiegen der Carcinoms an der hinteren Vaginalwand.

Auffallend ist, dass wir Carcinom so wenig mit Prolaps gepaart sehen; hier ist die Scheidenschleimhaut gewiss den grössten Insulten ausgesetzt und wäre also am besten geeignet für eine carcinomatöse Neubildung.

Wir finden in der Literatur nur ganz vereinzelte Fälle. Linke veröffentlicht 1894 2 Fälle aus Jena. Küstner in seinem Lehrbuch 1 Fall, Bail, Diss Halle weitere 5 Fälle, Balázo in neuester Zeit 1 Fall. Auch ich fand unter meinen Fällen einen Fall von Carcinom gepaart mit Prolaps. Die ersten Symptome eines primären Scheidencarcinoms können sehr verschiedener Art sein. Leider ist dem Arzt wie in vielen Fällen carcinomatöser Erkrankungen oft nicht die Gelegenheit gegeben, den Uranfang eines Scheidenkrebses zu sehen, da die Patientinnen aus falscher Scham, Sorglosigkeit oder Leichtsinn „das kleine Geschwürchen“ nicht beachten, selbst daran herumquaksalbern oder gar einem Kurpfuscher, wie wir dies insbesondere bei der leichtgläubigen Landbevölkerung leider so häufig finden, in die Hände fallen, der ihnen durch Überschläge oder auch Salben baldigst Heilung verspricht. Ausfluss, stärker oder schwächer auftretende

Blutungen, die von unempfindlichen Personen nach Eintritt der Menopause oft wieder als Auftreten der Regel gehalten werden, Blutung post coitum und bei Irrigationen, Jucken und Brennen in der Scheide sind meist die Initialsymptome des Scheidencarcinoms. Erst wenn Schmerzen eintreten, leider treten diese beim Carcinom erst dann auf, wenn es schon weit fortgeschritten ist, werden die Frauen recht aufmerksam auf ihren Zustand, beginnen ängstlicher zu werden und den Arzt aufzusuchen. Tun sie dies nicht, werden die Schmerzen immer violenter, die Blutungen profuser, der Ausfluss reichlicher, mit abgebröckelten carcinomatösen Massen vermischt und stark übelriechend. Wird die Scheide durch die krebsigen Massen stark angefüllt, so empfinden die Frauen beständiges Drängen und Ziehen nach unten. Fälle, bei denen Stuhl- und Harnbeschwerden (Harndrang, Verhaltung, Brennen beim Urinieren, Schmerzen bei der Stuhlentleerung), wichtige diagnostische Merkmale sind, werden auch nicht so selten beobachtet.

Eine schöne Tabelle über die zuerst auftretenden Symptome bei Scheidenkrebs hat Kalle aufgestellt, der unter 28 in der Literatur gesammelten Fällen Folgendes fand:

Nur Schmerz:	2 mal
Blut und Schmerz:	2 „
Blut ohne Schmerz:	6 „
Fluor mit Schmerz:	5 „
Fluor ohne Schmerz:	5 „
Fluor mit Blut:	7 „
Brennen in den Genitalien mit Blut:	1 „

Das Carcinoma vaginae wuchert nicht nur der Fläche nach, sondern auch in die Tiefe. Dieses rasche

Umsichgreifen des Scheidenkrebses ist durch den anatomischen Aufbau der Scheide bedingt. Der obere Abschnitt der vorderen Scheidenwand ist von dem Blasengrunde nur durch ein an Blut und Lymphgefässen reiches Gewebe getrennt; in ihrem unteren Teil steht sie mit der Urethra in engstem Zusammenhang. Unter dem Douglas ist die Scheidenwand fest an das Rectum geheftet und wird nur durch eine dünne, zahlreiche Lymphgefässe enthaltende Schicht von diesem getrennt.

Wie überhaupt, so spielen auch beim Scheidenkrebs die Lymphbahnen bei der Ausbreitung desselben eine grosse Rolle. Die Lymphgefässe der Scheide stehen mit denen der Portio und denen der äusseren Geschlechtsteile in kommunizierender Verbindung; die das untere Drittel der Scheide umgreifenden Lymphgefässe führen in die inguinalen und in die tiefer sitzenden Lymphdrüsen des Beckens. Die Lymphgefässe der mittleren Partie der Scheide münden in die Glandulae hypogastricae und in die Lymphdrüsen, die die Arteria uterina begleiten. Die Gefässe des oberen Drittels stehen mit dem cervicalen System in kommunizierender Verbindung. Von der hinteren Scheidenwand ziehen die Lymphgefässe gegen das Rectum und in die Glandulae hämorrhoidales sup. Infolgedessen finden wir nicht allzuselten Fälle, in denen der Scheidenkrebs auf die Blase oder den Mastdarm übergreift und recto bezw. vesicovaginale Fisteln bildet, wie ich mich durch meine in der K. Unv.-Frauenklinik gesammelten Fälle selbst überzeugen konnte. Zweifel berichtet über einen Fall von Scheidenkrebs mit Überziehen auf das Rectum, wobei er den Uterus, die Scheide, und den unteren Teil des Rectums entfernte. Ein Übergreifen des Carcinoms auf die Portio und

die Cervix gehört ebenfalls nicht zu den Seltenheiten. Djakanoff berichtete in letzter Zeit einen Fall von Scheidencarcinom mit Sekundärinfection der Cervix. Wir dürfen solche Fälle natürlich nur dann als Sekundär-Infektion von der Scheide aus betrachten, wenn wir bestimmt wissen, dass vorher keine carcinomatöse Erkrankung der Portio bestand. Als Beispiel, wie weit das Carcinom im Becken fortschreiten kann, sei ein von Gaye beschriebener Fall erwähnt, in dem sich neben dem in Zerfall begriffenen Scheidenkrebs noch eine Handtellergrosse Geschwulstmasse an der Innenfläche des aufsteigenden Astes des os ischii in der Gegend der spina post. und des lig. spinosum und sacro coccygeum befand. Dieselbe schien mit dem Knochen im engsten Zusammenhang zu stehen. Die Prognose ist bei dem Scheidenkrebs äusserst infaust. Bei dem Sitz des Carcinoms an der hinteren Scheidenwand ist es natürlich, dass die hintere Muttermundslippe bald krebsig entartet; die dünne Scheidenmuskulatur kann dem Vordringen des Scheidencarcinoms keinen Widerstand bieten und so dringt die Degeneration leicht in das umgebende Bindegewebe vor und breitet sich den Lymphspalten entlang weiter aus. Diese grosse Bösartigkeit des Scheidenkrebses rührt ausser von der unmittelbaren Nachbarschaft des Beckenbindegewebes auch noch zum Teil von der Leichtigkeit der direkten Lymphinfection her, natürlich wird sie noch stärker sein, wenn bereits bei der Operation das Bindegewebe erkrankt ist. So ist also, selbst wenn frühzeitig operiert wird, die Prognose immer noch sehr ungünstig, da es sehr bald zu Recidiven kommt, denen die Kranken über Kurz oder Lang erliegen, so fand Olshausen unter 16 Fällen 15 Recidive.

Um diese furchtbare Krankheit nur einigermassen erfolgreich zu bekämpfen, bedarf es einer frühzeitigen Diagnose, die, wie schon erwähnt, in der Mehrzahl der Fälle leider nicht möglich ist, und einer durchaus radikalen Operation.

Diese Operation der Scheiden-Carcinome ist, und das ist nach Hofmeier die Vorbedingung für die Operation, nur bei noch vollkommener Verschieblichkeit der Scheidenschleimhaut möglich; ja Hofmeier hält es für recht zweifelhaft und unangebracht, ob man, wenn dies nicht mehr der Fall ist, noch operieren soll.

Nach allseitiger Umschneidung werden die Tumoren in der noch gesunden Schleimhaut flach von ihrer Unterlage abgelöst; natürlich ist dies nur dann möglich, wenn dieselben auf ihrer Unterlage noch einigermassen verschieblich sind. Bei Miterkrankung der benachbarten Muttermundslippen werden diese bezw. die Portio mitentfernt. Hofmeier ist der Ansicht, dass eine Exstirpation des Uterus nur in Ausnahmefällen zu erfolgen hat. Da es meist nur Kontaktgeschwüre sind; er entfernt das vorher abgekratzte und verschorfte Geschwür, indem er es $1^1/_2$ cm vom Gesunden entfernt umschneidet, wobei er die Schnitte seitwärts bis um die Cervix herumführt. Alsdann durchschneidet man die Schleimhaut und löst den umschnittenen Teil derselben von ihrer Unterlage ab, und zwar geschieht dies am besten mit dem Platinbrenner. Meist gelingt dies leicht, ohne dass dabei eine grössere Blutung entsteht. In dieser Weise wird nun nach Unterbindung der seitlichen Gefässe die Scheide bis zur Cervix stumpf ausgelöst und amputiert und dann seitwärts und vorn mit der noch erhaltenen Scheidenschleimhaut vernäht. Die Wunde

wird auch hier grundsätzlich nicht durch die Naht verschlossen, sondern verschorft. Bei der ganzen Operation empfiehlt Hofmeier möglichst ausgedehnt sich des Platinbrenners zu bedienen, um das Beckenbindegewebe zu verschorfen und das Carcinom abzutrennen; er teilt hierin die Ansicht von Lonner und Marchandt „dass die Anwendung von Glühhitze ein Specificum bei der Carcinom-Therapie, besonders der aufsitzenden ist.

Zum Schlusse will ich noch die verschiedenen Operationsmethoden bei Scheidencarcinom erwähnen.

Die Exstirpation der Scheide auf perinealem Wege wurde von Olshausen zuerst ausgeführt. Sein Verfahren ist dem von Zuckerkandl empfohlenen ähnlich; er spaltet das Perineum quer, dringt darauf stumpf zwischen Rectum und Vagina in die Höhe bis zum Cavum Douglasii; nach Eröffnung desselben und nach Versorgung der Lig. lata und der Parametrien wird der Uterus im Zusammenhang mit der Scheide exstirpiert.

Schauta empfiehlt sehr das perineale Verfahren von Zuckerkandl und glaubt es dem abdominalen (Wertheim) gleichstellen zu können, da hier ebensogut wie bei dem abdominalen Verfahren eine Berührung des Carcinoms mit der Wunde vermieden werde und ausserdem den Vorzug geringerer Gefahr und leichter Zugänglichkeit habe.

Eine Modifikation von der Olshausen'schen Methode ist die von Dührssen. D. fügt zu dem queren Perinealschnitt einen zweiten hinzu, der durch die Vagina und Perineum geht. Die Vaginalincision reicht vom Scheidengewölbe bis nach vorn und von dort bis zum Tuber ischii.

Nach Amann wird die Scheidenwand im Vestibulum mittels Thermocauters zirkulär umschnitten, aus dieser Wunde die Incision gegen das Tuber ischii geführt, an der gesunden Seite die Scheidenwand bis zum Fornix abpräpariert, sodann vom Rectum und von der Blase und endlich von der Urethralgegend gelöst. Sippel und Martin führen den Schnitt nach Umschneiden des Introitus zwischen Anus und Tuber ossis ischii. Nach Entfernung des Uterus werden die Stümpfe der Ligg. lata im Introitus fixiert. Mackenrodt benutzt den Pacquelin und führt den Dammschnitt bis zum Scheidengewölbe.

Die parasacrale Methode wird von Fritsch, Veit, Krönig und Kelly empfohlen. Der Schnitt geht neben dem Os coccygis und dem Rectum bis zu dem Damm, hier muss in die Tiefe präpariert, die Scheide losgelöst, und nach Unterbindung der Arteria uterina, der Douglas eröffnet werden. Der Eingriff ist zwar grösser, das Operationsterrain jedoch gut übersichtlich und Verletzungen ausgeschlossen.

Eine weitere hieringehörige Operationsmethode ist die sacrale. v. Mayer empfiehlt bei Exstirpationen des Scheidencarcinoms bei Übergriff auf das Rectum den sacralen Weg dem vaginalen vorzuziehen; er eröffnet nach Anlegung eines paravaginalen Hilfsschnittes zunächst die Plica vesicouterina und schützt durch Tamponade die Bauchhöhle vor einem Kontakt mit dem Neoplasma. Unter Umstülpung des Uterus erfolgt dessen Totalexstirpation gleichzeitig mit jener der erkrankten Scheidenpartien. Das Rectum wird oberhalb der Fistel amputiert und der Stumpf durch den intakten Sphincter herausgeleitet.

Die überaus schlechten Resultate drängen immer mehr zu den radikaleren Operationen. Ausser der

Totalexstirpation des Uterus gehen einige Operateure soweit, dass sie auch denjenigen Teil des Rectums, welcher nach Entfernung der Scheidenwand freiliegt, entfernen. Lauenstein entfernte bei einer Patientin, bei welcher das Carcinom auf das Rectum übergriff, das Rectum samt Uterus und Scheide und bildete einen Anus praeternaturalis. Die Patientin überstand die Operation.

Neuestens empfiehlt Wertheim die Laparatomie Nach seiner Methode kann die Scheide in beliebiger Ausdehnung abgelöst, und das paravaginale Bindegewebe und die Drüsen entfernt werden. Die Gefahr einer Infektion mit den carcinomatösen Teilen ist ausgeschlossen. Nach Eröffnung des Abdomens werden beide Ureteren bis zu den Parametrien auspräpariert; Abbinden und Durchschneidung der Lig. infundibulo. pelv. und Lig. rotund. Sodann wird die Blase bis zur Einmündungsstelle der Ureteren abpräpariert; nach Unterbinden der Art. uterinae werden die Lig. sacro. uterin. unterbunden und durchschnitten. Der Uterus wird hinaufgezogen, wodurch das Scheidenrohr bis zum Introitus leicht isolierbar wird. Die venöse Blutung des paravaginalen Gewebes wird gestillt, die Drüsen entfernt und an die tiefste Stelle des eröffneten Septum rectovaginale ein Tampon gelegt. Nach Reposition der Uteren wird das Peritoneum über den herabgeschobenen Genitalien sorgfältig geschlossen, wie auch die Bauchwunde vernäht. Jetzt wird der Introitus von der Scheide aus umschnitten und die schon gelösten Genitalien entfernt. Der subperitoneale Raum wird drainiert und der Scheideneingang mit Freilassung einer kleinen Öffnung verschlossen. Pat. war nach 6 Monaten noch gesund.

Himmelfärb hat in einem Falle von primärem Scheidencarcinom, das im unteren Abschnitt sass, mit Erfolg totale Exstirpation der Gebärmutter, der Scheide, und des Rectums nach der abdomino-perinealen Methode ausgeführt, indem er die Wertheim'sche Methode und die Methode der Exstirpation des Rectums bis zur Mitte der Flexura sigmoidea nach Queen kombinierte. Das Unangenehme der Operation besteht in der Anlegung eines anus praeternaturalis; weiteres Schicksal der Pat. ist nicht bekannt.

Die Prognose der Scheidencarcinome bleibt nach all' diesen Operationen immerhin eine schlechte. Das Resultat ist von der Lokalisation und Ausbreitung des Krebses abhängig.

Hofmeier bezweifelt, ob die sacrale Methode zur Entfernung hochsitzender und ausgedehnter Carcinome die ungünstige Prognose bessert, ebenso stellt er die Tüchtigkeit der weitgehendsten, und die Nachbarorgane umfassenden Operationen in Frage, da hier nach allen Berichten auch bald Recidive erfolgt seien.

Bei inoperablen Carcinomen ist man bestrebt, die schweren Symptome möglichst zu lindern. Die Carcinommassen werden mit dem scharfen Löffel entfernt und der Grund mit dem Paquelin ausgebrannt, die Schmerzen gelindert und der Kräftezustand zu erhalten versucht.

II. Teil.

Vulva-Carcinom.

Das Vulva-Carcinom gehört zu den bösartigsten, denn sehr früh pflegen die oberflächlichen, und dann die tiefen Inguinaldrüsen zu erkranken, und zwar zunächst die auf der erkrankten Seite; von da stellen die nächste Etappe im Gebiete des Lymphstromes die Iliacaldrüsen dar; sind erst diese erkrankt, so ist der Primärherd so hochgradig zerfallen, dass die Kranken durch die Jauchung, die Schmerzen, und Trombosierung der Schenkelvene so heruntergebracht sind, dass der Tod nahe bevorsteht. Das Vulva-Carcinom nimmt von verschiedenen Regionen seinen Ausgang; so von den grossen und kleinen Schamlippen, der Clitoris, und in seltenen Fällen von den Bartholinischen Drüsen. Wie beim Scheidencarcinom können wir verschiedene Arten wie z. B. eine cancroide Neubildung oder eine derbe carcinomatöse Wucherung oder eine krebsige Ulceration unterscheiden. Es handelt sich hier ausschliesslich um Plattenepithelkrebs; Fälle von malignem Adenom sind wohl in der Literatur bekannt.

So beschreibt Burghele ein von den Bartholonischen Drüsen ausgehendes Adenocarcinom. Küstner beschreibt ein melanotisches Carcinom der Clitoris.

Das Vulvacarcinom ist verhältnismässig seltener als die Scheidencarcinome. Nach Burghele ist das Verhältnis zu den gleichartigen Neubildungen des Uterus wie 1.: 35—40; B. beobachtete in dem von ihm geleiteten Krankenhaus in 16 Jahren nur 3 Fälle von Vulva-Krebs und betont zugleich die überaus grosse Malgnität und das rasche Recidivieren desselben. Riegelmann sah unter 711 Carc.-Fällen bei Frauen nur einen Fall von Carcinom der äusseren weibl. Geschlechtsteile.

Nach einer Statistik von Jacoby wurden unter 355 Genitalcarcinomen:

1.	Uterus	317 mal
2.	Uterus+vagina	212 mal
3.	Vagina	10 mal
4.	Overien	23 mal
5.	Vulva	5 mal

beobachtet.

Nach Gurlt's Statistik kommen auf 3449 Uterus +vagina-Carcinome 81 Vulva-Carcinome.

Nach Le Fleux kommt auf 40 Uteruscarcinome 1 Vulva-Carcinom.

Nach Schwarz auf 1147 Uteruscarcinome 30 Vulvacarcinome.

Mayer stellte bezüglich der Carcinome der Vulva folgende Statistik auf:

Von 332 Carcinomfällen erkrankten an:

Uterus-Carcinom:	35,8 %
Uterus+vagina C.:	43,9 %
Vagina:	2,4 %
Ovarien:	0,6 %
Vulva:	3,0 %

Während das Vulva-Carcinom oft von den Schamlippen ausgeht, — Goldschmidt beobachtete unter

213 in der Literatur gesammelten Fällen von Vulvacarcinom die Innenseite der grossen Schamlippe als Ausgangspunkt — finden wir als einen besonders beliebten Ausgangspunkt des Krebses noch die Clitoris. Die Fälle von primärem Clitoriscarcinom sind zwar in der Literatur spärlich vertreten, vielleicht, weil die Autoren jedes Carcinom, das den Verdacht erweckte, es könne nicht primär sein, gleich ausschalteten. Gurlt fand unter 3449 Carcinomen 10 Clitoris-Carcinome.

Schmidtlechner berichtet aus der II. Univ. Frauenklinik zu Budapest, dass in 20 Jahren nur 2 primäre Clitoris-Carcinome beobachtet wurden.

Lipinsky weiss aus seiner gynäkol. Tätigkeit nur über 1 Fall zu berichten, den er mit Bestimmtheit als primäres Clitoris-Carcinom ausprechen konnte. Schulze sah in 30 Jahren 5 Cl.-Carcinome, Engström in 20 Jahren 2 Fälle, Björquist betont ebenfalls das seltene Vorkommen von Vulvacarcinomen, bes. der Clitoriscarcinome und beobachtet seit dem Jahre 1882 nur 2 Clitoris-Carcinome (1 Fall bei einem 21jährigen Mädchen im Anschluss an einen Sturz; der 2. Fall bei einer 49jährigen Frau mit Recidiv und Exitus nach einem Jahre, trotz Excision des Carcinoms und vollständiger Entfernung der Lymphdrüsen.

Die Vulvacarcinome werden besonders bei älteren Frauen beobachtet. Nach einer Statistik treffen aus 23 aus der Literatur gesammelten Fällen:

1 Fall	unter 40 J.,	d. i. . . .	4,3 %
5 Fälle	zwischen 40—50 J.,	—	21,7 %
7 „	„ 50—60 J.,	—	30,4 %
7 „	„ 60—70 J.,	—	30,4 %
3 „	„ 70 J.,	—	13,0 %

Nach Le Fleux wurden zwischen 40—60 Jahren besonders viele Vulvacarcinome beobachtet. Unter 62 aus der Literatur bekannten Fällen von Clitoris-Carcinomen finden sich 6 Fälle unter 40 Jahren,

16 Fälle zw. 40—50,
20 „ „ 50—60,
20 „ über 60 J.

Wir ersehen also hieraus, dass das Alter zwischen 50—70 Jahren die meisten Fälle von Vulvacarcinomen aufweist. Höher in das Greisenalter fallen noch die Clitoriscarcinome, die die Genitalien in der Mehrzahl der Fälle erst nach Aufhebung ihrer geschlechtl. Tätigkeit befallen.

Jakoby führt folgende Statistik auf:

zwischen 20—30 J. 3 Fälle
„ 31—40 J. 3 „
„ 41—50 J. 12 „
„ 51—60 J. 15 „
„ 61—70 J. 26 „
„ 71—80 J. 4 „

Obige Zahlen beweisen deutlich, dass Frauen im vorgeschrittenem Alter vornehmlich von Vulvacarcinome befallen werden. Dass die Regel hier aber auch eine Ausnahme macht, ersehen wir aus der Literatur. So haben u. A. Le Fleux bei einem 5jährigen Kind und Björquist bei einem 21jährigen Mädchen ein Vulva-Carcinom beobachtet und beschrieben.

Fragen wir uns nach den ätiolog. Momenten des Vulvacarcinoms, so finden wir in der Literatur die verschiedenartigsten Angaben und Vermutungen. Es bleiben aber auch nur Vermutungen.

Trauma, dauernde Reize, Pruritus Vulvae, luetische und gonorrh. Infectionen, wiederholte Geburten, bes. Verletzungen bei denselben werden als ätiolo-

gische Momente genannt, sind jedoch als solche nicht haltbar. Björquist und Le Fleux beschreiben wohl in neuerer Zeit Fälle von Vulva-Carcinom im Anschluss an ein Trauma, doch ist hiefür absolut kein sicherer Beweis für einen ätiolog. Zusammenhang erbracht. Es muss doch auffallend erscheinen, dass bei den immerhin zahlreich vorkommenden Verletzungen der äusseren Geschlechtsteile so wenig Carcinome beobachtet werden. Pruritus vulvae und der damit stets verbundene Juckreiz an der Clitoris erscheinen als ätiol. Moment einleuchtend, andererseits ist es auffallend, dass trotz des häufigen Vorkommens des Pruritus so wenig Vulva-Krebse beobachtet werden.

Jakoby kann sich, wenngleich einzelne Fälle hierüber bekannt sind, der Anschauung, als ob Trauma und Pruritus schuld seien, durchaus nicht anschliessen; denselben Grund können wir wohl auch hinsichtlich der Lues und Gonorrhoe als ätiol. Moment anführen; wenngleich Le Fleux gerade die Gonorrhoe als ätiol. bedeutsam anführt; die Zahl der Vulva-Carcinome würde sicherlich eine ungeheure sein, wenn Syphilis und Tripper in ursächlichem Zusammenhang damit stünden.

Cohabitation, Geburten, Masturbation, liegen in den meisten Fällen viele Jahre hinter dem Auftreten des Carcinoms zurück und muss es befremden, dass dasselbe, wenn es wirklich auf eine Verletzung oder Reiz zurückgeführt werden soll, nicht schon früher auftrat; es scheinen diese ebensowenig eine ätiologische Bedeutung zu haben, wie bei dem primären Scheidenkrebs. Entgegengesetzter Anschauung ist Björquist, der Trauma, Masturbation und Pruritus als Entstehungsursachen für das Vulva-Carcinom betrachtet und auch die Meinung vertritt, dass nicht

das Klimacterium das Auftreten der Vulva-Carcinom begünstige, da viele seiner behandelten Krebskranken noch abortiert hätten. Sei dem nun wie mag, Tatsache ist, dass wir durchaus nichts mit Bestimmtheit mit dem Vulva-Carcinom in Verbindung bringen können, alles sind nur Hypothesen und persönliche Anschauungen.

Was die Hautaffektionen anlangt, so hat Pozzi die Psoriasis als eine den Vulva-Krebs begünstigende Krankheit genannt.

Perruchets beschreibt einen Fall von vulva-vaginaler Leukoplasie mit zugleich bestehendem unerträglichen Pruritus vulvae; rings um die hypertrophische Clitoris $1^1/_2$—2 cm breite Leukoplasie; eine ebenso grosse Stelle bestand an der hinteren Commissur; er exstirpierte die Clitoris im Bereiche der leukoplast. Basis und konnte 2 Jahre später eine carcinomatöse Lymphdrüsen-Geschwulst in inguine links konstatieren. Er beschreibt diesen Fall nur um die allgemein recht lückenhafte Ätiologie des Vulva-Carcinoms etwas zu bereichern. Es seien noch erwähnt Fälle von: R. Bordères hält die Leukoplasie als die einzige Ätiologie für Clitoris-Carcinom.

Butlin betont ebenfalls den Zusammenhang von Leukoplasie mit Carcinoma Vulvae.

Auch Hofmeier, Martin, Hildebrandt betrachten die Leukoplasie als Vorläuferin des Carcinoms.

Veit macht auf die an den äusseren Genitalien der Frauen häufig vorkommenden naevi pigmentosi aufmerksam und glaubt, dass diese nach und nach den Boden für eine maligne Geschwulst vorbereiten; besonders glaubt er, dass man vielleicht in Übereinstimmung hiermit das Auftreten von melanotischen Tumoren beobachten kann.

Schliesslich möchte ich noch der Kraurosis vulvae Erwähnung tun, einer eigentümlichen von Breisky zuerst beschriebenen Erkrankung der Vulva, die man noch als für das Carcinoma vulvae ätiologisch bedeutsam in Betracht ziehen könnte. Unter Kraurosis vulvae verstehen wir eine Affection, bei der es unter ausgesprochen Schrumpfungserscheinungen der äusseren Genitalien zu einer auffallenden Sprödigkeit der Gewebe mit leichter Zerreissbarkeit derselben kommt, wobei sich zuweilen der Scheideneingang erheblich verändern kann. Aus der Literatur sind mehrere Fälle von Zusammentreffen von Kraurosis mit Carcinom bekannt, so ein schöner Fall von Jung, der Folgendes berichtet:

Eine 36jährige Frau klagt über Schmerzen und Brennen im Unterleib und an den Genitalien beim Urinieren; Befund: Oberhalb der Harnröhrenmündung werden die grossen Schamlippen durch einen pflaumengrossen lappigen Tumor auseinandergedrängt, der von harter Konsistenz und an der Oberfläche ulceriert ist; er hat beide Labien befallen.

Unterhalb des Tumors ist die Haut der grossen Labien weisslich verfärbt, glatt, glänzend und narbig atrophisch.

Th.: Radicale Excision; nach 7 Monaten wieder Carcinomrecidiv mit Metastasen in die rechten Leistendrüsen und Übergreifen auf die Scheide und das paravaginale Bindegewebe festgestellt. Einen weiteren Fall von Zusammentreffen von Kraurosis mit Carcinom beschreibt Kalle bei einer 74jährigen Frau, die seit 10 Wochen über brennende Schmerzen im Unterleib und starken Ausfluss und Beschwerde beim Urinieren klagte.

Neben dem typischen Bild eines primären Carcinoms der rechten und linken grossen Labie war die

Haut der von der Geschwulst nicht ergriffenen Teile der Vulva verdünnt und zeigte einen asbestähnlichen Glanz; sie ist ausserordentlich trocken und bietet das Bild einer Kraurosis in noch nicht vorgeschrittenem Stadium. Das auffallende Zusammentreffen von diesen beiden immerhin nicht zu oft vorkommenden Krankheiten gibt zum Nachdenken Anlass. Hollemann (De Mouchy) ist der Ansicht, der chronisch auf die Schleimhaut wirkende Reiz könne Anlass zur Carcinombildung geben.

A. Martin glaubt durch folgende Theorie die Kraurosis mit dem Carcinom in Zusammenhang bringen zu können. Er meint, da dem atrophischen Stadium der Kraurosis ein hypertroph. vorangehe, so wäre es denkbar, dass doch irgendwo Gewebsteile zunächst noch in Hypertrophie verharren und nicht in Atrophie übergehen; hiermit ist der Prozess nicht zum Stillstand gekommen, sondern die im hypertroph. Zustand verbliebenen Gewebsteile werden in immer sich steigernder Hypertrophie zur atypischen Wucherung, zum prim. Carcinom, und das umgebende Gewebe zeigt Kraurosis.

Dies über die Kraurosis vulvae; ob und inwieferne sie mit dem Carcinom in einem ursächlichen Zusammenhang steht, wissen wir nicht; immerhin verdient diese Erkrankung in der Carcinomätiologie einer Beobachtung und Erwähnung.

Die Praedilectionsstellen des Vulva C. sind in erster Reihe die Clitoris, dann folgen die Lab. maj., seltener tritt es auf an den Labia minora, der Urethragegend und der Commissur.

Ganz selten tritt es an den Bartholdrüsen auf; wir finden deren wenige in der Literatur veröffentlicht; eine von den letzten Fällen dürften die von

Schäfer und Peham beschriebenen sein, von denen ersterer $2^1/_4$ Jahr nach der Operation recidivierte.

Ich werde in der Aufführung meiner in der K. Univ.-Frauenklinik behandelten Carcinomfälle später auch Gelegenheit haben, ein solches erwähnen zu können.

Auffallend bei dem Auftreten des Vulva-Carcinoms ist, dass es meist einseitig auftritt und erst später die gegenüberliegende Seite durch Kontakt infiziert wird. Ortmann beschreibt einen solchen Fall mit 2 Kontaktimpfstellen an der Clitoris: Exstirp. der ganzen bis an den Schambeinknochen gewucherten Neubildung; jedoch schon Recidivieren nach 6 Wochen; auch hier bin ich in der Lage, ein Analogon aus der Univ.-Frauenklinik Würzburg veröffentlichen zu können.

Das Vulva-Carcinom hat das Bestreben sich möglichst rasch auszubreiten; so kann es z. B. von der gr. Labie ausgehend in Bälde auf die kleine Labie und die Clitoris übergegangen sein.

Kurz oder lang werden darauf die Inguinaldrüsen befallen, denen dann nach geraumer Zeit die Iliacaldrüsen folgen.

Die Ansichten sind hierüber geteilte und wir finden in der Literatur keine übereinstimmende Meinung.

Jakoby ist der Ansicht, dass die Affection der Ingunialdrüsen mit der Entwickelung des Carcinoms nicht Hand in Hand gehe, da man oft bei Beginn des Carcinoms schon stark infiltrierte Drüsen beobachten könne, andrerseits man bei stark fortgeschrittenem Carcinom keine infiltrierten Drüsen bemerke. Während Küstner der Anschauung ist, dass die Drüsen gern carcinomatös afficiert werden, weist Goldschmidt bei 214 Fällen nach, dass die Drüsen nicht afficiert waren.

Veit sah in allen Fällen derb infiltr. Lymphdrüsen, Schwarz unter 23 Fällen 11 mal, 12 mal nicht, unter den 11 waren 5 krebsig entartet.

Diese geteilten Ansichten führen natürlich auch zu Meinungsverschiedenheiten über den Dauererfolg und die Entfernung der Lymphdrüsen bei der Operation.

Goldschmidt beobachtete von 169 in Erfahrung gebrachten Fällen 66 Recidive und hält in 18 % nur eine Dauerheilung für möglich. Nach Jakoby tritt spätestens nach 2 Jahren Recidiv ein und alle Fälle, die 5 Jahre lang nicht recidivierten, muss man als geheilt betrachten. Peterson erhält bei seinem Prinzip, die Inguinaldrüsen, wenn sie nur einigermassen verdächtig erscheinen, zu exstirpieren bessere Resultate (angeblich 50 % Dauerheilung).

Dieffenbach und Hildebrand halten die Carcinome bei infiltrierten Inguinaldrüsen für inoperabel.

Veit, Koblank und Rupprecht entfernen auch die nicht infiltrierten Drüsen ebenso wie Küstner, der stets die Inguinaldrüsen der erkrankten Seite exstirpiert im Gegensatz zu Winkel, der oft nach Exstirpation der Vulva ein Kleinerwerden der vorher stark vergrösserten Leistendrüsen beobachtete und bei seinen ersten Operationen derart niemals Inguinaldrüsen entfernte, angeblich, um die meist sehr bejahrten Frauen vor langem Bettliegen und den für sie damit verbundenen Komplikationen zu verwahren. Nur wenn die Drüsen stark infiltriert oberhalb der Fascie liegen, entfernt W. dieselben. Jakoby rät daher eine zweizeitige Operation: erst Entfernung des Carcinoms und dann der Drüsen.

Grünbaum berichtet 1906 über die in den letzten 8 Jahren in der Landau'schen Klinik operierten Fälle an Vulvacarcinom und zieht den Schluss:

In gewissen Fällen ist Recidivfreiheit zu erwarten, auch wenn schon Metastasen in den Inguinaldrüsen da waren; gute Prognose haben wir dann, wenn der Tumor möglichst im Gesunden exstirpiert und die Inguinaldrüsen beiderseits exstirpiert wurden, einerlei, ob sie vergrössert waren oder nicht. Dieselbe Meinung hat Fuchs, der fand, dass eine makroskopisch nicht veränderte Drüse trotzdem carcinomatös entartet war und der die Gefahr des Recidivieren bei Vulva-Carcinomen mehr in die Drüsen als in die Primärstelle verlegt; er rät für alle Fälle die Drüsen zu entfernen wie beim Mamacarcinom, bei dem die Heilerfolge von 8 % auf 40 % gestiegen seien.

Der Meinung von Grünbaum und Fuchs schliessen sich auch Asch und Weyl an. Ersterer berichtet einen Fall von Vulva Carcinom links, bei dem auch die Drüsen rechts völlig carcinomatös entartet waren. Schwarz konstatiert in einem Bericht über 23 Fälle von Vulva-Carcinom, bei denen die Inguinaldrüsen immer entfernt wurden Heilung bis zu 5 Jahren, in einem Falle bis zu 10 Jahren, obwohl die Lymphdrüsen mitunter schon stark carcinomatös degeneriert waren. Vielleicht eine zu pessimistische Anschauung über den operativen Erfolg bei Vulva-Carcinom hat Björquist. Nach seiner Beobachtung bei 20 Patienten lebten die nicht Operierten nach Auftreten des Tumors noch 6—15 Monate, die Operierten durchschnittlich 1 Jahr nach Auftreten desselben. Er will jedoch damit keineswegs gegen die Operationsmethode sprechen, sondern rät, wenn irgendwie angängig, zu operieren, schon um den Patienten die Beschwerden für einige Zeit zu beseitigen.

Die gleiche Ansicht hat Jakoby, der in allen ausführbaren Fällen zur Operation rät, weil der Zustand

der Operierten bis zum Eintreten des Recidivs doch bedeutend gebessert wird, andererseits die konservative Heilmethode absolut keine Besserung bringt.

Derselbe hält alle Fälle, die 3 Jahre lang recidivfrei bleiben, für geheilt; wenn diese Zeit vielleicht auch etwas zu kurz bemessen ist, so kann man soweit sich aus der Literatur ersehen lässt, die Fälle, die 5 Jahre lang ohne Recidiv und Metastasen blieben, ziemlich sicher als geheilt betrachten.

Martin und Rohleder beschrieben solche Fälle, immerhin im Vergleiche zum Scheidencarcinom noch ein gutes Resultat, da keines von diesen bislang länger als 5 Jahre recidivfrei blieb.

Die schlechten Resultate und Dauererfolge bei dem Vulva-Carcinom können wir uns nur so erklären, dass die Patientinnen zu spät in ärztliche und spezialistische Behandlung kommen, jahrelang laufen sie mit Pruritus vulvae — und anderen Beschwerden herum bis endlich unerträgliche Schmerzen beim Gehen oder Urinieren sie zum Arzt treiben, der dann in den meisten Fällen das breit ausgedehnte Krebsgeschwür bezw. Knoten feststellt. Jakoby gibt dem Arzte einen guten Rat, indem er betont, dass eine exakte, längere Zeit hindurch fortgesetzte Beobachtung jedes chronisch entzündlichen Prozesses im Bereiche der äusseren Geschlechtsteile oft ein beginnendes Carcinom erkennen und rechtzeitig behandeln lässt, zweitens rät er, möglichst frühzeitig bei suspecter Tumorbildung eine mikroskopische Untersuchung vorzunehmen und wenn diese positiv, ausgibig, womöglich mit dem Glüheisen zu excidieren und die Inguinaldrüsen zu entfernen.

Differentialdiagnostisch käme für den Arzt: Estiomène, Ulcus induratum, und elephantitastische Neubil-

dungen in Betracht. Teils die Anamnese, teils die Probeexcision und nachfolgende mikroskopische Untersuchung werden hier bald die Zweifel beheben. Bei Elephantiasis wird in den meisten Fällen die Grösse und Ausgedehntheit der Geschwulstmassen, sowie das Fehlen der Krebskachexie vor einer Fehldiagnose schützen.

Während die Behandlung des Vulva-Carcinoms, wenn noch irgend angängig, natürlich nur die operative sein kann, müssen wir uns bei den inoperablen Carcinomen, die wir bei weitgehendsten Infiltrationen und carc. Degenerationen der beiderseitigen Inguinaldrüsen im Stadium der Exulceration oder bei Metastasenbildung in den Iliacaldrüsen haben, mit einer rein sympomatischen Behandlung begnügen. In manchen Fällen ist wohl eine Cauterisation noch nicht angezeigt; in den meisten Fällen werden wir aber durch grösstmöglichste Sauberkeit (Waschen, Sitzbäder) durch Spülungen mit Kal. hypermang., Lysol oder Sublimatlösungen, durch Bestreuen der Geschwürsflächen mit desinficierenden und desodorierenden Pulvern, wie Dermatol, Tannin, u. a. m., schliesslich durch Morphium die Beschwerden zu lindern suchen.

Bei der Schilderung meiner gesammelten Fälle werde ich Gelegenheit haben, typische Operationen von Vulvacarc. in verschiedenen Variationen schildern zu können.

Erwähnt sei nur, dass bei der Operation das Hauptbestreben sein muss, möglichst im Gesunden d. h. möglichst ausgedehnt zu operieren und für alle Fälle die Drüsen im Zusammenhang mit der Operation zu entfernen.

Die Neubildung wird 1—1 $^1/_2$ cm im Gesunden umschnitten und bei beginnender Erkrankung die ganze

Neubildung mit dem Messer von der Unterlage abgeschält. Bei fortgeschrittener Erkrankung ist die Geschwulstmasse mit Muzeux zu fassen, hervorzuziehen und möglichst tief zu excidieren. Am besten verwendet man hier den Platinbrenner und das Galvanokaustische Messer unter Verzicht auf primäre Heilung. Die Wunde wird nach Hofmeier grundsätzlich nicht mit der Naht geschlossen, sondern verschorft, soweit es die Nachbarschaft des Mastdarms und der Blase zulässt; dann wird sie, nach gehöriger Umstechung und Unterbindung, mit Jodoformgaze ausgefüllt. Wenngleich die Heilung allerdings etwas langsamer per granulationem erfolgt, so hat diese Methode, die auch in Jakoby einen eifrigen Verfechter hat, den Vorteil einer festen und soliden Narbenbildung.

Die überaus trüben Erfahrungen über die Krebserkrankungen der weiblichen Geschlechtsteile und die stete Zunahme des Krebses bei dem weiblichen Geschlecht rufen in uns die Erkenntnis wach, dass die Hauptschuld an der grossen Krebssterblichkeit die Frauen selbst tragen, zum Teil durch ihre Unkenntnis, zum Teil durch ihre Gleichgültigkeit. Nur eine Aufklärung über das Wesen, die Bösartigkeit und die günstigen Heilresultate bei rechtzeitig operativer Behandlung kann bei den breiten Volksmassen die Sorglosigkeit vertreiben, die Gleichgültigkeit vermindern, und so allmählig der Ausdehnung des Krebses ein Ziel setzen.

Ich möchte bevor ich zur Beschreibung meiner Fälle übergehe, mit den Schlussworten des Merkblattes, das im Auftrage der fränkischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie verfasst und allen Volksschichten zugängig gemacht wurde, schliessen:

Besser kann es nur werden, wenn jede Frau weiss, dass sie nie gleichgültig gegen gewisse Erscheinungen ihres Körpers sein darf, da sich hinter ihnen der Anfang eines bösartigen Leidens verbergen kann, wenn ferner jede Frau weiss, dass der Krebs nur im ersten Verlaufe dauernd heilbar und, dass es ihre Pflicht sich und den Ihrigen gegenüber ist, bei den ersten verdächtigen Anzeichen durch sofortige Untersuchung Gewissheit über ihr Befinden zu verschaffen.

Hierdurch allein kann eine weitere Besserung der jetzigen Verhältnisse erreicht werden zum Wohle tausender von Frauen und ihrer Familien.

Ein Résumé über die gesammelten Fälle von Scheiden bezw. Vulvacarcinomen ergibt Folgendes:

Seit dem Jahre 1889—1906 incl. gelangten in der K. Univ. Frauenklinik zu Würzburg 554 Uteruscarcinome zur Behandlung. Scheidencarcinome wurden 20, Vulvacarcinome 22 — natürlich lauter primäre, behandelt.

Unter den 20 Scheidenkrebsen befanden sich 9 inoperable (1 Fall mit bereits bestehender Blasenscheidenfistel).

Die Therapie derselben war natürlich eine rein locale und symptomatische und bestand in Ausräumung der carcinomatösen Massen und Anwendung desinficierender bezw. desodorierender Mittel.

Von den behandelten Fällen standen im Alter von:

20—30 J.	1	Patientin
30—40 J.	4	„
40—50 J.	5	„

50—60 J. 3 Patientinnen
60—70 J. 6 „
70—80 J. 1 „

Die älteste Frau war 75 J., die jüngste 29 J. alt.

Unter diesen waren:

10 para, 2 I, 3 III, 1 VI p., 1 VIII p., 1 X p. Die Alterszahlen sowie die Geburtsziffern bestärken die Annahme, dass höheres Alter das Auftreten des Carcinoms begünstigt; sprechen aber gegen die Ansicht, als ob viele Geburten den Krebs günstig beeinflussten.

Von diesen 9 Patientinnen starben: 1 elf Monate nach Austritt aus der Klinik, alle anderen in früherer Zeit.

Bei 11 Operierten wurde:

1 mal eine Exstirpation und Amputation der Cervix (supravaginal) vorgenommen,
1 mal eine Exstirpatiovaginae und vaginale Totalexstirpation des Uterus,
1 mal eine Totalexstirpation des Uterus,
1 mal eine Exstirpation der Scheide,
1 mal eine Exstirpation und Amputation der Portio.

6 Patientinnen wurden mit Excision bezw. Excochleation der Geschwülste behandelt.

Unter den operablen Fällen befand sich: 1 I para, 2 II p., 1 III p., 1 IV p., 2 V p., 1 VI p., 1 VII p., 1 VIII p., 1 X para.

Die jüngste war 34 Jahre, die älteste 75 Jahre alt. Unter diesen Patientinnen blieben 2 recidivfrei, 2 starben in der Klinik an Herzschwäche bezw. ödema pulmonum: 7 recidivierten, 1 konnte nicht eruiert werden; die kürzeste Zeit des Recidivierens betrug 5 Wochen, die übrigen recidivierten innerhalb Jahresfrist; 4 davon erhielten in der Klinik Recidivbehandlung,

starben aber nach längstens 14 Monaten in ihrer Heimat an Krebskachexie bezw. Metastasen; die übrigen 3 starben in ihrer Heimat unbehandelt an Recidiv.

1 Fall blieb 7 Jahre, und 1 Fall 3 Jahre recidivfrei. (s. 1900 Nr. 4171 und 1904 Nr. 5979). Ersterer kann als geheilt betrachtet werden und bei dem zweiten besteht die Aussicht, dass er nunmehr recidivfrei bleiben wird.

Was die Ätiologie betrifft konnten nur bei wenigen Frauen Momente gefunden werden, mit denen man das spätere Auftreten des Carcinoms in Verbindung bringen könnte; dass wohl die Anzahl der Geburten kaum einen Einfluss ausübt, beweist, dass wie 0 parae und I und II parae unter den Erkrankten ebenso zahlreich vertreten sehen, als die multiparen; ich möchte hier noch die Tatsache hinzufügen, dass bei den Weniggebärenden keinerlei etwa während der Geburt bestandene Verletzungen konstatiert werden konnten.

Irgend welche andere ätiologische Momente, als Geschlechtskrankheiten, Pessardruck, können in unseren Fällen nicht in Betracht kommen. Interessant sind dagegen 2 Fälle (1 Fall bei inoperablem und 1 Fall bei operablem Carcinom), bei denen in beiden Fällen Scheidenprolapse bestanden. (s. 1901 Nr. 4579 und 1905 Nr. 6493). Die Vorfälle bestanden 30 bezw. 40 Jahre lang, ohne den Frauen stärkere Beschwerden zu verursachen, dann entstanden in einem Falle fast 1 Jahr, im anderen Falle wenige Zeit vor Eintritt in die Klinik entzündliche Erscheinungen und Geschwürsbildungen, die in der Klinik als typische Carcinome erkannt wurden.

Diese beiden Fälle dürften wohl auch dazu beitragen, die früher vertretene, in neuerer Zeit aber

immer mehr bestrittene Ansicht, dass Prolapse direkt gegen Carcinom gefeit seien, zu verdrängen.

Die Resultate bei den zur Operation gelangten sind sehr ungünstige zu nennen, sie decken sich mit den in der Literatur verzeichneten. Das Recidivieren in so kurzer Zeit — 9 Fälle recidivierten innerhalb von 14 Monaten, beweist von neuem die Bösartigkeit des Scheidenkrebses; immerhin ist die Prognose nicht ganz aussichtslos, wenn wir die Fälle betrachten, von denen der eine 7 Jahre lang recidivfrei blieb, und der zweite 3 Jahre.

Ersterer kam schliesslich innerhalb weniger Tage an Marasmus senilis ad exitum.

Dieser Fall von ringförmigem Scheidencarcinom, bei dem eine Exstirpation der Scheide und eine vaginale Totalexstirpation des Uterus vorgenommen wurde, zeigt uns, dass bei frühzeitiger und radikaler Behandlung die Prognose sich etwas bessern kann; immerhin ist die Operation bei auch schon vorgeschrittenem Carcinom in vielen Fällen noch ratsam, da die Frauen wenigstens auf einige Zeit von ihren Schmerzen und Beschwerden befreit werden.

Was die Vulvacarcinome anlangt, so befanden sich unter ihnen 3 Clitoris Carcinome, 3 Urethra Carcinome und 1 von den Bartholinischen Drüsen ausgehendes Carcinom.

Unter diesen 22 Vulvacarcinomen befanden sich 20 operable und 2 inoperable.

Die Therapie bestand in einer möglichst radikalen Excision des Carcinoms bezw. Exstirpation der erkrankten oder verdächtig erscheinenden Inguinaldrüsen, in zwei Fällen wurde eine Excochleation vorgenommen.

Von diesen behandelten Frauen standen im Alter von:

30—40 J.	2	Frauen,
40—50 J.	3	„
56—60 J.	6	„
60—70 J.	7	„
70—80 J.	4	„

Die älteste war 76 Jahre, die jüngste 31 Jahre alt.

3	waren	0 parae,
3	„	I parae,
2	„	II „
5	„	III „
1	war	IV „
3	waren	V „
3	„	VI „
2	„	VIII „
2	„	X „

Die zwei inoperablen Fälle kamen kurze Zeit nach Austritt aus der Klinik ad. exitum.

Bei den 20 operierten Fällen wurden 8 mal die infiltrierten Partien teils scharf, grösstenteils aber mit dem Paquelin excidiert; 12 mal erfolgte eine Exstirpation des Cancroids grösstenteils mit dem Paquelin; 11 mal waren die Inguinaldrüsen erkrankt und wurden entfernt;

Unter diesen 22 Fällen befanden sich:

2 inoperable,

20 operable.

Von diesen wurde 1 Fall als ungeheilt entlassen und kam kurze Zeit darauf in seiner Heimat ad. exitum.

Über die weiteren Schicksale eines Falles konnte nichts eruiert werden. Von den übrigen Fällen sei nur berichtet, dass:

7 Fälle innerhalb 14 Monaten
(der kürzeste nach 5 Monaten),

1 Fall nach 2 Jahren,

1 Fall nach 3 Jahren,
1 Fall nach 4 Jahren,
recidivierten und ohne nochmals operativ behandelt worden zu sein ad. exitum kamen.

1 Fall recidivierte noch im gleichen Jahre,
1 Fall nach 1 Jahr,
1 Fall nach 2 Jahren,
1 Fall nach 3 Jahren.

Alle gelangten in der K. Univ. Frauenklinik wieder zur Behandlung und befinden sich bislang wohl.

1 Patientin starb 6 Jahre nach der Operation an Herzinsufficienz, ohne dass ein Recidiv aufgetreten war.

1 Jahr blieb eine Patientin bis jetzt recidivfrei, 1 Patientin blieb 3 Jahre bisher und 1 Patientin blieb 8 Jahre lang recidivfrei (s. 1899 Nr. 187); alle befinden sich wohl; besonders letztere mit der 8 Jahre lang recidivfreien Zeit dürfen wir als geheilt betrachten.

Was die Ätiologie betrifft, so erfahren wir aus den Anamnesen wenig Bemerkenswertes; ausser dem charakteristischen Brennen und Schmerzen beim Urinieren, den Schmerzen bei der Defaecation, während des Gehens und Sitzens, fällt uns vereinzelt das schon jahre- ja jahrzehntelange Bestehen von Pruritus vulvae auf, ohne dass ich denselben etwa als zum Carcinom disponierend betrachten möchte.

Stattgehabte luetische oder gonorrhoische Infektion können wir in keinem Falle mit Bestimmtheit nachweisen, ebensowenig wie irgend welche Hautaffektionen wie Psoriasis, naevi pigmentosi, oder Kraurosis vulvae.

Die Resultate sind erfreulicher Weise beim Vulvacarcinom günstigere als beim Scheidenkrebs. Das nicht so rasche Auftreten von Recidiven lässt auf eine bessere Prognose beim Vulvacarcinom schliessen.

Es blieben von den operierten Fällen immerhin 4 Fälle länger als 1 Jahr recidivfrei, 1 Fall blieb sogar 4 Jahre recidivfrei, bis er wie die 4 vorgenannten ebenfalls inoperiert ad. exitum kam.

Auch die übrigen Fälle — zwei können wir, da sie länger als 6 Jahre recidivfrei blieben, als geheilt ansehen — berechtigen zur Hoffnung, dass wir sie bei rechtzeitiger Behandlung vor einem Weiterumsichgreifen des Krebses schützen können, wie ja das gute Befinden der an Recidiv erkrankten und vor Jahren behandelten Patientinnen bezeugt.

Tabelle I.

I. Scheiden-

Lf. Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
1	1889	P. A. M., 43 J. alt III para Aufn. 6. IV. 89.	Carc. vaginae inoperabile	Excochleatio, ferrum candens, desinf. Scheidenausspülungen.
2	1890	L. M., 37 J. alt I para Aufn. 12. VI. 90.	primäres inoperables Scheidencarcinom	2 mal tägl. Creolin-Ausspülungen
3	1891	K. B., 47 J. alt I para Aufn. 4. VIII. 91.	Status: Seit zwei Monaten ununterbrochener Blutabgang ohne Schmerzen; seit einiger Zeit Kräfteverfall An dem hinteren Scheidegewölbe hinter der hinteren Portiolippe beginnend, ein circa thalergrosser Tumor, leicht verschieblich auf der Unterlage, mit granulierender Oberfläche. Schleimhaut der Portio glatt; Diagnose: Carc. fornicis post. vaginae.	5. VIII. 91. Excision: Chloroform, Desinfektion, Abwaschung der äusseren Genitalien Desinfection der Scheide, Erweiterung der unnachgiebigen Scheide durch 2 cm lange Entspannungsschnitte; die von der hinteren Portiolippe ausgehende, über das Scheidengewölbe auf die hintere Scheidenwand sich fortsetzende Geschwulst, wird umschnitten, teils stumpf, teils mit Scheerenschnitt von der Unterlage abgelöst. Excision sehr schwierig, besonders die Ablösung im Scheidengewölbe wo das Peritoneum des Douglas schliesslich frei präpariert in die Scheide hinein ragt. Excision eines Stückes der hinteren Lippe und eines verdächtigen Geschwülstchens der vorderen Lippe der Portio Vernähung der beiden Excisionswunden mit Seide, teilweise Vereinigung der Scheidewunde; Tamponade mit Jodoformgase. 15. VIII. 91. Wohlbefinden, Entfernung der Fäden, Entlassungsbefund: Hinter der Portio eine granulierende leicht blut. Fläche

Carcinome.

Recidiv	Status praesens
	† 24. XI. 1889 an Carcinom.
	† im Juni 1890 an Carcinom.
15. XI. 91. Stellt sich vor, keine Neubildung, recidivfrei. [illegible]. IV. 92. Stellt sich vor. Im Scheidengewölbe links oben apfelkerngrosse derbe Wucherungen, leicht blutend. Bindegewebe um die Narbe infiltriert: Recidiv. [illegible]. IV. 92. Excochleation und Cauterisation. 10. IV. 92. In poliklinische Behandlung entlassen. 3. XII. 92. Narben-Recidiv: In der Mitte der Scheide eine ringförmige harte Infiltration, die nur die Einführung eines Fingers gestattet, kleine höckerige leicht blutende Knoten Th.: Excochleation und Ferrum candens. 12. XII. 92. Zur weiteren poliklin. Behandlung entlassen.	Am 20. VII. 93. Angeblich an Herzschwäche gestorben.

Lf. Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
4	1892	W. Th., 38 J. alt II para Aufn. 28. X. 92.	Carc. fornicis vag. post.	4. XI. 92. Excochlatio ferrum candens, Jodoformgazetamponade Sublimatausspülungen, Jodoform 27. XI. 92 gebessert entlassen.
5	1894	K. A., 51 J. alt V para Aufn. 6. X. 94.	Anamnese: Seit Sommer 1894 häufige, oft 14tägig wiederkehrende und äusserst starke Blutungen, sodass Patientin körperlich sehr herunter gekommen ist, Ausfluss schon etwas länger bestehend, in letzterer Zeit sehr starke Abmagerungen. Status: In der Vagina faustgrosser ovaler Tumor mit grobhöckeriger Oberfläche, leicht blutend und einzelne Partikel leicht abbröck. Jauchiger Ausfluss; der Tumor entspringt an dem hinteren Scheidengewölbe. Septum zwischen Scheide u. Rectum noch frei. D.: Carcinoma vaginae.	Exstirpation: Desinfection und Narkose. Die zum Teil schon zerfallenden Carcinommassen werden mit dem scharfen Löffel entfernt, der Rest mit dem Glüheisen tunlichst verschorft, ebenso die hintere Fläche der Portio vaginalis da der rechte Winkel des hinteren Scheidengewölbes, von dem der Tumor ausgeht, sehr schwer zugänglich ist, wird rechts eine tiefe Scheidendamm-Incision gemacht. Einzelne stark blutende Venen und Arterien mit Klemmen gefasst dann wird die ganze Portio vaginalis breit umschnitten, nach einigen Unterbindungen rechts und links der Cervix ausgelöst, die vordere Lippe quer durchtrennt und ihre Wundfläche sofort durch die Naht vernäht, hierauf die Portio im Zusammenhang mit der Geschwulst-Basis entfernt. Hierbei bleibt zweifelhaft, ob es im rechten Winkel gelang, alles Krankhafte zu entfernen. Es wird deshalb auf die Naht desselben verzichtet und nachdem die Blutung nach einiger Umstechungen gestillt ist, der rechte Wundwinkel noch einmal mit dem Paquelin ausgebrannt schon vorher wurde die Scheidendamm-Incision durch eine fortlaufende Catgutnaht vernäht. 7. II. 94. Recidiv im rechten Wundwinkel, Verschorfung mit dem Paquelin. 8. XI. 94. Ungeheilt entlassen.

Recidiv	Status praesens
	† in ihrer Heimat an Carcinom.
	† in ihrer Heimat an Krebskachexie.

Lf. Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
6	1896	B. A., 58 J., led. o. para Aufn. 21. I. 96.	Carc. vag. mit Blasenscheidenfistel.	Inoperabel; nihil.
7	1896	L. A., 68 J. alt III para Aufn. 12. IX. 96.	Carc. vag. inop.	Wegen des Alters der Frau und des breiten Stieles wird von einer Operation abgesehen.
8	1896	W. S., 37 J. alt X para Aufn. 3. XI. 96.	Carc. vag. inop.	Nihil.
9	1897	H. J., 49 J. alt IX. para Aufn 29. IX. 97.	Carc. vaginae lat poster.	Abschabung der zerfallenen Fläche Cauterisation; Chlorzinktampon 13. X. 97 mit Status idem entlassen
10	1898	G. M., 49 J. alt VI para Anfn. 7. VI. 98.	Prim. inop. carc. vag.	11. IV. 98. Ausräumung der Carcinommassen mit dem scharfen Löffel und Verschorfung mit dem Thermokauter. 23. VI. 98. Gebessert entlassen
11	1898	V. K., 52 J. alt VIII para Aufn. 6. X. 98.	Ulcus carc. vag.	8. X. 98. Umschneidung und Abtragung der Geschwüre.

Recidiv	Status praesens
	† 20. IX. 96 an Krebs.
	Mit Status idem entlassen.
	Mit Status idem entlassen. † Mai 1897 an Krebs-Kachexie.
	† 15. IV. 98 an Carcinom.
	† kurze Zeit nach ihrer Entlassung in ihrer Heimat an Carcinom.
	† 17. X. 98 an Embolie und Herzinsufficienz

Lf. Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
12	1899	M., 67 J. alt III para Aufn. 10. I. 99.	St.: Unterhalb der Harnröhrenmündung befindet sich ein etwa haselnussgrosser Tumor von unebener, leicht blutender Oberfläche, nach rechts hin setzt sich an demselben eine Infiltration der Schleimhaut des Introitus von ähnlicher Beschaffenheit und etwa 2 Markstückgrösse an. D.: Carcinoma vaginae.	11. I. Umschneidung und Abtragung der Geschwulstmassen mit dem Paquelin; dabei wird das äussere Ende der Harnröhre in einer Ausdehnung von etwa 1—1½ cm mitentfernt, einzelne blutende Stellen werden umstochen; spritzende Arterien mit Klemmen gefasst und unterbunden; schliesslich wird in das untere Ende der Harnröhre ein Faden gelegt, um einen Anhaltspunkt für das Cathetrisieren zu haben. Einlagen von steriler Gaze. 30. I. Wunde sieht gut aus, Ätzung, keine Urinbeschwerden, wird geheilt entlassen.
13	1900	K. E., 61 J. alt VI para Aufn. 23. VII. 00.	A.: Seit dem 49. Jahre Menopause; seit 5 Wochen Wiedereintreten v. Blutungen, die in den letzten 14 Tagen gar nicht aufhörten, wenig Schmerzen; vor 3 Wochen bestanden solche. 24. VII. Narkose: es wird durch die Untersuchung ein ringförmiges Carcinom d. Scheide festgestellt.	27. VII. Operation, Exstirpation der Scheide, Totalexstirpation des Uterus. Wegen der bedeutenden Enge der Scheide zweiseitig ziemlich tiefe Scheidendamm-Incisionen mit dem Paquelin, erst dann gelingt es, den oberen Teil der ringförmig erkrankten Vagina freizulegen. Die Scheide wird ringförmig umschnitten und möglichst stumpf von dem umgebenden Bindegewebe abgetrennt, was auch ziemlich weit und hoch hinauf gehend gelingt, im oberen Teil wird seitlich ein Gefässkran unterbunden; Eröffnung des Douglas aus dem sich eine erheblich Menge trüb-seröser Flüssigkeit ergiesst. Der ganze untere Teil des Peritoneum erscheint verdickt, mit kleinen Knöllchen besetzt, ebenso wie die sichtbar werdenden Dünndarmschlingen. Abtrennung der rechten und dann des linken Ligamentum. Nach Hervorziehung des Uterus, und Unterbindung einiger blutender Stellen in den Parametrien und der ganzen Bindegewebewand wird vorn das Peritoneum mit der durchschnittenen

Recidiv	Status praesens
	† im Jahre 1900 an Krebs.

Lf. Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
				Scheidenwunde vernäht, hinten (ganze Wundfläche noch oberflä lich mit dem Paquelin verschor Die ganze Scheidenwunde ble offen und wird mit steriler Ga tamponiert. 17. VIII. Nach guter Rekonval cenz entlassen.
14	1901	B. E., 75 J. alt VII para Aufn. 30. VI. 01.	A: Patientin leidet seit ca. 30 Jahren an einem Scheidenvorfall, der allmählich immer grösser wurde; in den ersten Jahren trug sie einen Ring. Von dem Beginnen des jetzt bestehenden Geschwüres will die Frau nichts wissen. St. Vor der Vulva ein kleinfaustgrosser Vorfall, bestehend aus der Scheidenwand und dem atrophischen Cervix. Auf der rechten Seite des Vorfalles bis an den äusseren Muttermund hineinreichend ein handtellergrosses Ulcus mit sehr scharfen ausgefressenen, harten, überstehenden Rändern und sehr unebener Grundfläche, leicht blutend. der obere Teil der invertierten Scheide auf der rechten Seite erscheint aber frei; infiltrierte Stränge nicht fühlbar, d. stark atrophische Uterus vollständig mit vorgefallen; leicht beweglich. Inguinaldrüs. beiderseits, vergrössert und hart. Diagnose: Carc. vag. bei Total-Prolaps. 28. IV. 1902. Wieder vorgestellt: Der Be-	5. VII. Operation: Totale v ginale Exstirpation. Umschneidu des Vorfalles vorne und hint bis daumenbreit unter die Ha röhrenöffnung und $1^1/_2$ cm von hinteren Commissur entfernt, A trennung der vorderen Scheide wand von der Blase, stumpfe 2 rückschiebung derselben und I öffnung des Douglas'schen Raum Hervorstülpung des Uterus, hi auf Abbindung des obersten Tei des Ligamentum, hierauf vollstä dige Durchtrennung der Ligamer auf der linken Seite und besond des Peritoneum der excavatio v sico uterina. Auf der recht Seite erscheint im Bindegewe seitlich von der Cervix der m herabgezerrte Ureter, der sich ab leicht zurückschieben lässt, soda auch die rechten Ligamenta zie lich weit seitwärts unterbund werden können. Nach Entfernu des gesamten Uterus und d Adnexe Vernähung des Peritoneu dann Vernähung der hinter Blasen- und vorderen Mastdar fläche und Schluss der Scheide wunde durch eine fortlaufen Catgutnaht. 27. VII. Scheidennarbe glatt u fest. Scheide in ihrem unteren T auf $1^1/_2$ cm Länge erhalten; beide seits mässiger Recessus der rech etwas mehr in die Tiefe geht

Recidiv	Status praesens
	† 16. IV. 07 an Altersschwäche.
Ja im selben Jahre	

Lf. Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
			fund an der Scheide ist unverändert, im linken Recessus eine mässige Verdickung in die die Sonde 8 cm geht. Leichte Blutung; per rectum fühlt man dieser Stelle entsprechend eine fingerdicke harte Infiltration, die sich nach oben links fortsetzt	
15	1902	F. M., 29 J. alt I para Aufn. 15. IV. 02.	Carc. vag. inop.	Bei dem Versuch der Umschn dung und Auslösung des Car noms zeigte sich, dass dassel bereits soweit vorgedrungen i dass es nicht mehr radical entfe werden kann. Nur Verscho fung des Carcinoms.
16	1902	K. E., 48 J. alt III para Aufn. 21.VII.02.	Carc. vag. inop.	24. VII. 02. Ausschälung mit d Paquelin, Entfernung der Drüs — infiltr. — rechts.
17	1903	Schl. S., 61 J. alt Aufn. 20. X. 03.	A: 20. X. 03. Seit ungefähr $^1/_4$ J. Schmerzen u. Brennen beim Wasserlassen, stärk. u. schwäch. Blutungen. St.: Introitus vag. sehr eng, sämtliche Scheidenwände von einer harten Infiltration überzogen. Die Oberfläche erscheint zum Teil ulceriert. Uterus und oberster Teil der Scheide völlig frei: Uterus v. normal. Grösse, beweglich.	23. X. 03. Exstirpation. Radic operation, trotz der im Gan schlechten Aussicht. Zunächst beiderseitige Scheid wand Incision mässig tief mit d Paquelin, die Schnitte bluten sta mehrfache Umstechung. notwer dann Umschneidung der carcinor tösen Infiltration gut 1 cm der gesunden Schleimhaut unt halb des Harnröhren-Wulstes u teils stumpfe Ablösung des Ca noms, grösstenteils aber mit schr dendem Paquelin unter tiefer A lösung des linken Knotens bis mittelbar an die Urethral-Schle haut, die sich hernienartig h vorstülpt. Am schwierigsten die Entfernung aus der rech Ecke; überall starke Blutung, nur zum Teil durch Umstechun und Abklemmung gestillt wer

Recidiv	Status praesens
	† am 21. VII. 02 an Recidiv.
19. VI. 02 gebessert entlassen.	† am 25. IV. 03 an Krebs.
7. V. 03. Excision mit dem Paquelin. Von Februar 1904 ab Wiederbildung der Geschwulst.	† 22. V. 04 an Recidiv — nicht mehr operiert.

Lf. Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
				kann. Nach Entfernung des Haupt knotens wird dann noch das au die hintere Scheidenwand über gehende Ulcus gleichfalls 1 cm von dem Rande entfernt, im Ge sunden umschnitten, der Knoten teils stumpf, grösstenteils mit den schneidenden Paquelin abgetrennt überall starke Blutung, die nur durch Umstechung, zum Teil durch Unterbindung gestillt werd. kann Zum Schluss wird noch einmal so gut es angängig ist, die seh starke Wundfläche mit dem Pa quelin überätzt u. dann d. ganze Scheide mit steriler Gaze ausge stopft. Die ganze Operation is ausserordentlich blutig. Narkos wird mässig gut vertragen, Pul nachher sehr beschleunigt.
18	1904	Sch. M. 34 J. alt Aufn. 21. III. 04.	A: 21. III. 04. Seit 8 Wochen Ausbleiben der menses, Auftreten diffuser Blutungen. Pat. ging zum Arzt, der sie in die Klinik verwies. St.: Scheide eng, ausserordentlich lang, im hinter. Scheidengewölbe über 5 Markstückgrosse vertiefte, ulcerierte Stelle, deren Rand und ganzer Grund infiltriert erscheint. Die Ulceration setzt sich unmittelbar an die hintere Lippe fort, ohne dass diese selbst dabei beteiligt erscheint. Uterus hochstehend beweglich. In Narkose untersucht, erscheint die Mastdarmschleimhaut intact und verschiebl., rechts neben d. Scheidengewölbe ein etwas derber Strang,	23. III. Operation: Doppelseitiger Scheidendammschnitt. Trotz starken Herausziehens des Ulterus bleibt es äusserst schwierig sich d. infiltrierte ulcerierte Fläche für das Auge gut zugänglich zu machen. Wegen der Unmöglichkeit hinten hereinzukommen, wird zunächst die Vaginal-Portion in toto amputiert, die beiden Schleimhäute mit diesem Stumpf vernäht und versucht, von oben her das Ulcus von d. unteren Fläche stumpf abzulösen. Dabei wird der Douglas breit eröffnet. Das Peritoneum desselben wird soweit als möglich nach unten mitgenommen und nun von hier oben aus die ganze infiltrierte Masse teils stumpf, teils mit Scheere und Paquelin mit sehr grosser Mühe exstirpiert. Die Schleimhaut ist überall gut 1 cm im Gesunden mitgenommen. Die ganze Operation recht blutig. Schluss des Douglas mit einer Reihe Catgutnähten. Im Uebrigen wird die ganze ziemlich grosse Binde

Recidiv	Status praesens
	† Nach verhältnismässig guter Reconvalescenz an Insuffic cordis.

Lf. Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
			jedoch keine ausgesprochene Infiltration. Trotz der voraussichtlichen Schwierigkeiten wird mit Rücksicht auf das jugendliche Alter der Pat. doch versucht, das Geschwür vaginal zu exstirpieren.	gewebswunde mit dem Paque cauterisiert und die Scheide r steriler Gaze ausgestopft. 27. IV. Seit der Operation l ständig subj. Wohlbefinden. St: Wunden an Portio u. Schei gut granulierend, nochmals Ätzu 25 % Arg. nitr. Lösung.
19	1905	M. A. 65 J. alt VIII para Aufn. 26. I. 05.	Carc. vag. inoperabl.	Nihil.
20	1905	N. M. 62 J. alt III para Aufn. 30. I. 05.	Carc. vag. inoperabile mit Totalprolabs.	Nihil.

Recidiv	Status praesens
	20. VI. 07. Vorgestellt: Allgemeinbefinden gut, recidivfrei.
3. III. 05.	Mit Status idem entlassen. † an Krebskachexie am 12. VII. 05.
	† 30. IV. 05.

Tabelle II.

II. Vulva-

Lf Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
1	1891	H. K., 51 J. alt 0 para Aufnahme 31. I. 91.	Carc. vulvae inop.	Operation ausgeschlossen, nihi 5. II. 91 entlassen.
2	1892	A. B., 70 J. alt III para Aufnahme 25. V. 92.	A: Seit September 1891 stellte sich eine Scheidenentzündung ein, die sehr heftige, andauernde Schmerzen verursachte; kein Fluor. Behandlung mit Ausspülungen, Sitzbäder, jedoch ohne Erfolg. Im Dezember gl. J. Auftreten v. 2 Geschwüren an den äusseren Genitalien, wodurch die schon bestehenden Schmerzen noch gesteigert wurden, kein Secret; zugleich empfindet Patientin infolge eines schon über 1 Jahr bestehenden Blasenkatarrhs, heftige Schmerzen b. Urinieren; steter Harndrang zeitweises Harnträufeln, starkes Brennen beim Wasserlassen, Stuhlgang seit Jahren retardiert (Hamorrhoiden), d. Gehen fällt der Patientin in Folge der grossen Schmerzen schwer, im Uebrigen fühlt sie sich noch kräftig. St: Enorm fettreiche mittelgrosse Frau; R. grosses Labium vergrössert, etwa apfelgross angeschwellt, überragt das linke fingerbreit. An der Innenseite des	Operation: Excision der recht grossen Labie und der suspect 2 Stellen in der linken gross Labie, breite myrtenblattförmi Excision der rechten gr. Labi ca. 1 cm weit vom Ulcus-Rand starke Blutung; mehrere spritzen und venös continuirlich bluten Gefässe müssen unterbunden w den, fortlaufende Catgutnaht, z Teil versenkt. Myrtenblattförmi Excision jeder der 2 suspect Stellen im linken grossen Labiu Jodoform, Sublimatgaze. 23 VI. Erholt sich gut, Wu flächen verkleinern sich langsa Touchieren mit Arg. nitr. 1. VII. Wundfläche der lk. La überhäutet; der recht. Labie ü 5 Markstückgrösse granuliere geätzt. 4. VII. Wundfläche der l. La überhäutet; rechts wie am 1. V

Carcinome.

Recidiv	Status praesens
	Polizeilich nicht aufzufinden.
5. IX. 92. Recidiv. 9. IX. Operation wegen Carcinom der rechten grossen Labie.	† 13. IX. 92 an Marasmus.

Lf. Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
			rechten grossen Labium ein 5 Markstück grosses Ulcus mit leicht unebenem Grunde, grauroter Farbe und stellenweise schmieriger Verfärbung; das ganze Ulcus über die Haut erhöht die Ränder an einer Stelle ein bischen nach aussen umgeworfen; Ränder und Umgebung hart. An der Innenseite der l. gross Labie, entsprechend dem rechtsseitig. Ulcus, eine weisslich verfärbte Hautpartie mit einer ganz flachen, warzig unebenen, weissen nicht ulcerierten Prominenz von Linsengrösse. — Am oberen Teil des l. gr. Labiums an der Innenseite, also oberhalb des Bereiches des rechtsseitg. Ulcus, eine gleiche, flachwarzige Prominenz auf weissem Grunde doch nur apfelkerngross; Introitus vulvae exfoliiert gerötet.	
			27. V. Probeexcision. Mikroskopischer Befund: Im Bereiche des Ulcus kein Oberfläch.-Epithel; das letztere hört scharf am Ulcus-Rande auf. Bindegewebe im Bereich des Ulcus und bis unter d. Rand-Epithel so dicht mit Epithelalveolen in d. ganzen Schnittdecke durchsetzt, dass das Bindegewebe quantitativ weit in den Hintergrund tritt. Am Rande einige mässig tiefe Einsenkungen von Ober-	

Recidiv	Status praesens

Lf. Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
			flächen-Epithel meist entlang den Haarbälgen, doch nirgends Zusammenhang zwischen dies. Einsenkungen oder dem Oberflächen-Epithel und den Epithelnestern des Tumor. Im Bereich des letzteren am Rande mehrfache Schweissdrüsen mit allen Uebergängen zu Epithelalveolen. Epithel zuerst normal, einschichtig daneben polygonal, trotz Mehrschichtigkeit noch mit Lumen daneben Alveolen ohne jedes Lumen. Diagnose: Schweissdrüsencarcinom.	
3	1892	K. L. 42 J. alt III para Aufnahme 22.VIII.92	A: In den letzten Monaten fleischwässeriger Ausfluss; im Januar 92 bemerkte Pat. an der rechten Schamlippe ein kleines Knötchen, das langsam grösser wurde und jetzt seit etwa 2 Monaten secerniert. Die Geschw. selbst schmerzt wenig; nur Druckgefühl; erst in letzter Zeit Schmerzen, sobald Urin daran kam. Selbstbehandlung mit Kamillen - Umschlägen; dann in ärztlicher Behandlung. Vom Arzt in die Frauenklinik Würzburg gesandt. St.: Gut genährte Person, wohl aussehend, das rechte kleine u. grosse Labium bilden zusammen einen 6 cm langen, 4 cm breiten, etwa halborangengrossen, stark prominierenden Tumor,	24. III. Excision des Carcinoms : Narkose: Der ganze Tumor neb Abscess wird breit im Gesund rechts und oben umgeschnitten zwar in Myrtenblattform, soda eine Spitze rechts oben auf d Mons veneris fällt, nach lin wird der Schnitt dicht neben d Clitoris und Urethralmündung g führt, diese aber nicht mit ex diert. Nach der Scheide zu fä der Schnitt in die Scheide selb und reicht nach unten bis unte halb der Commissur. Nun wi der ganze Tumor von obenh tief mit dem Messer aus de Binde- bezw. Fettgewebe excidie überall scheint intactes Bind bezw. Fettgewebe breit mit ex diert zu sein. Nur links ob entsprechend dem Schambeina kann wegen des schon erreicht Schambeines nicht tiefer gegang werden; hier ist dicht neben d Kranken excidiert. Indem d Tumor schnittweise von oben na unten abgetragen wird, werd alle blutenden Stellen sofort g

Recidiv	Status praesens

Lf. Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
			der in dem unteren $^2/_3$ eine hochrote, blumenkohlähnliche unebene Oberfläche hat, die bei Berührung sofort blutet. Ränder etwas überwallend, ebenso derb wie der Tumor im allgemeinen. Im ober. Drittel ist der Tumor noch überhäutet doch blaurot uneben flachbucklig; Bei Druck quillt aus einer sehr engen Fistel etwas dünnflüssiger Eiter hervor. Nach unten reicht der Tumor bis zur Comissur, nach oben bis 2 cm hoch über die Clitoris-Horizontale; nach der Vagina zu ist das kleine Labium fast ganz in ihm aufgegangen, aber die Vagina selbst nicht von Tumor ergriffen; von der Clitoris und Urethralmündung ist er nur 1 cm weit entfernt, lässt sich aber im Ganzen gut von der Unterlage abheben. Die Inguinaldrüsen beiderseits sind als etwa erbsengrosse, mässig weiche Knötchen (2—3) undeutlich unter der darüber verschiebbaren Haut zu fühlen.	fasst und mit Catgut unterbunde Nach völliger Blutstillung wird durch Retraction der Hautfläch stark vergrösserte Wundfläche zu nächst durch versenkte Catgu nähte (II Etagen) von oben nac unten u. wieder zurück zusamme gezogen, dann die Hautränd durch tiefgreifende und die Ca gutnaht mitfassende Seidenknöp nähte (ca. 20) lineär vereinig Jodoform, feuchte Sublimatgaz 23. VIII. Brennen an der Wund Abds 39,5—104. Wundränder g schwellt geröt., klagt üb. Brenne in der Wunde. 24. VIII. Vorm. S U. 38,0° En fernung der Seidenfäden da d Rötung, Schwellung und Schmer haftigkeit zugenommen hat. D Wundränder klaffen in ganzer Au dehnung, sind nur oben ganz lo verklebt, die auffallend weni breit auseinander gehende Wun ist. schmierig, graugelblich ve färbt, übelriechend in der Tie ist nur an wenigen Stellen d versenkte Catgut sichtbar. A spülung der Wundflächen mit 3° Carbollösung; Jodoformgaze ei gelegt; feuchte Carbolwatte vo gelegt. Am Nachm. sind die Schmerze geringer. Abends 38,9°—96. Infection v dem intracarcinomatösen Absce aus während der Operation. Der Abscess sitzt mitten im ca cinomatösen Gewebe, wie sich a einem Längsschnitte des exc dierten Präparates zeigt und bi det eine vielbuchtige Höhle, d tief in die Carcinomlappen ei dringt; nirgends aber auf d umgebende Bindegewebe übe greift. 28. VIII. Langsame Entfieberun Das necrotische, graugelbliche G webe des Wundgrundes stösst si

Recidiv	Status praesens

Lf. Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
				langsam ab; subj. Klagen üb Schmerz b. Husten in der Wund 30. VIII. Wunde fasst ganz v necrotischem Gewebe frei, hoc rot, granulierend. Schwellung d Ränder und der Umgebung h ganz aufgehört. 3. IX. Temp. seit 5 Tagen norma Wundfläche granuliert lebhaft; i fleischrot, nur in einzelnen R cessus etwas gelblichgrau. Secundär-Naht. Abends mässiger Wundschmer willkürliches Urinieren. 6. IX. Innen noch etwas Brenn an der Vulva-Wundnaht; ga reactionslos; blass, weich. 8. IX. Seidennähte und Drains en fernt; prima reunio. 11. IX. steht auf. 13. IX. tadellose lineäre Verheil Entlassen.
4	1895	B. E. 63 J. a. VI para Aufn. 27. III. 95	A.: Seit 7 Wochen hat Pat. starke Schmerzen, Brennen und Stechen im Unterleib; in letzter Zeit stark abgemagert; keine Blutungen oder Ausfluss, Schmerzen beim Wasserlassen; mitunter Harnverhaltung. 28. III, 95. St.: Magere kachektische Frau mit eingefallenen Gesichtszügen und gelblicher Hautfarbe; an der hinteren Commissur der Vulva sitzt ein 5 Markstückgrosses Geschwür mit zerklüftetem Grunde und zackigen leicht infiltriert. Rändern, leicht blutend; weit in die Tiefe scheint die Gewebsveränderung nicht zu gehen, wenigstens ist das Ganze auf der Unterlage verschieblich.	28. III. Exstirpation des Vulvacarcinoms. 2. IV. Operation: Verschorfu der Oberfläche des Carcinoms m dem Paquelin; das ganze Geschw wird breit im Gesunden umschni ten und herauspräpariert, wob das Messer in der Tiefe in d unmittelbare Nähe des Rectu gelangt; reichliche Blutung, s dass 5—6 Umstechungen u. Unte bindungen nötig sind. Die gan Wundfläche mit dem Paquelin ve schorft. 4. IV. Auf Wunsch ungeheilt en lassen.

Recidiv	Status praesens
Ja!	†, nicht mehr operiert, am 1. I. 1896 an Carcinom.

Lf. Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
			Scheide ziemlich weit, Port. vag. dicht hinter der Symphyse; Mm. klaffend; Portio klein, der Cervicalkanal, soweit man hineinfühlen kann, normal. Uterus normal gross 7 cm, Innenfläche glatt. Aus der Ulceration an der hinteren Commisur wird ein dreieckiges Randstückchen zwecks mikroskopischer Untersuchung excidiert; es ergibt sich ein typisches Cancroid.	
5	1897	Pf. A., 63 J. alt X para Aufnahme 15. III. 97.	Cancroid lab. min. dextr.	19. III. 97. Exstirpation mit Paquelin.
6	1897	L. B., 60 J. alt III para Aufnahme 8. IX. 97.	Carc. lab. min.	9. IX. 97. Abtragen mit der Paquelin.
7	1898	D. M., 76 J. alt III para Aufnahme 15. IX. 98	Cancroid der rechten grossen Labie.	17. IX. 98. Excision.
8	1898	B. J., 73 J. alt X para Aufnahme 27. IX. 98	Cancroid der linken grossen Labie.	4. X. 98. Abtragen des cancr iden Geschwüres mit dem Paqueli
9	1899	K. L., 60 J. alt VIII. para Aufnahme 3. V. 99.	Cancroid Lab. min. sinistr.	4. V. 99. Excision mit dem Paquelin.

Recidiv	Status praesens
	Kurze Zeit nach ihrer Entlassung in ihrer Heimat gestorben.
	31. III. 97. Auf Wunsch entlassen, † 20. 1898 angeblich an Marasmus, nicht mehr operiert.
	† 29. VI. 03 nach Angabe d. Tochter an Lungenleiden, kein Recidiv mehr aufgetreten.
	Nicht aufzufinden, angeblich verstorben.
$^1/_2$—$^3/_4$ J. vor ihrem am 27. XII. 99 erfolgten Tode Geschwüre an der Schamgegend und deren Umgebung, angeschwollener Leib (Peritonitis).	Soll am 27. XII. 99 nicht mehr operiert, dem Krebsleiden erlegen sein.
nicht mehr operiert.	† 5. III. 00 an Krebs.

Lf. Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
10	1899	L. Th., 60 J. alt Aufnahme 15. V. 99.	Carc. urethrae.	15. V. 99. Excision der ganze infiltr. Partie. 21. V. 99 entlassen.
11	1899	M. E., 31 J. alt IV para Aufnahme 2. X. 99.	A: Letzter Partus: 19. II. Frau stillt ihr Kind noch. Seit etwa 8 Wochen bemerkt Pat. ein Geschwür an den äusseren Geschlechtsteilen, seither mit Salbe behandelt; Wasserlassen normal. St: Am vorderen Teil der Vulva ein ziemlich ausgefressenes Ulcus v. etwa 5 cm Länge und ebensoviel Querdurchmesser, das in der Mitte ziemlich bis auf die vordere Fläche, der Symphyse hereingeht. Der Grund ist überall noch etwas verschieblich; das Geschwür geht um die Harnröhre rings herum, sodass das Orificium der Harnröhre zunächst überhaupt nicht zu erkennen ist. Bei genauer Untersuchung findet es sich dann auf der recht. Seite und es erscheint d. Schleimhaut d. Harnröhre selbst intact, aber fast ringsherum durch das in die Tiefe gehende Geschwür etwas abgelöst; das Geschwür geht nach oben bis zur Clitoris. Dieselbe ist durch dasselbe etwas unterminiert; etwa noch $1^1/_2$ cm höher findet sich ein 2 Pfennigstück grosses ebenfalls ziemlich scharf. ausgefressenes Geschwür	5. X. 99. Operation. Exstirpation mit Paquelin, Entfernung der Inguinaldrüsen. Gu $1^1/_2$ cm nach aussen von dem Geschwür zunächst auf der linke Seite wird mit dem Paquelin di ganze Neubildung abgetrennt un ringsherum unter Mitfortnahme de Clitoris durch Ablösung der ganze Gewebe bis auf die vordere Wan der Symphyse etwa 3 cm bis zu Harnröhre, entfernt. Die Blutun ist überall ausserordentlich starl besonders links am Symphysenran und am Schambeinrand spritze eine Reihe grosser Arterien, sodas die ganze Operation trotz sofor Umfassungen und zahlreicher Um stechungen ziemlich blutig ist Eine Reihe blutender Stellen wir nachträglich mit Seide umstoche und die ganze Wunde zuletzt fes austamponiert. Darauf wird da obere isolierte Ulcus unter Em porziehen der ganzen Masse eben falls mit dem Paquelin ausgedehnt ausgeschnitten. Bein Versuch, das linksseitige Drüsen Paket zu entfernen, entleert sicl eine breiige, schmierige Masse un man kommt in eine etwa tauben eigrosse, mit Brei ausgefüllte Höhl mit zerfallenen Wandungen, sodas eine Exstirpation d. ganzen Mass im Zusammenhang nicht möglicl ist. Ein Teil wird stumpf entfernt, d ganze Wundhöhle mit dem scharf Löffel energisch ausgekratzt un tamponiert. Die Wunde bleib offen. 1. XI. Entlassung nach guter Reconvalescenz. Befund: Entsprechen des Vestibu

Recidiv	Status praesens
11. VII. 04. Kleine Carunkel an der Urethralmündung. Excision. (Kein Carcinom.) 5. VI. 07, Entfernung einer Carunkel n der Urethralmündung (kein Carcinom)	befindet sich wohl.

Lf. Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
			von dem unteren vollständig getrennt. Auf d. link. Seite erscheinen die Leistendrüsen ziemlich stark infiltriert, besonders ein Paket von Hühnereiergrösse.	lum vaginae eine gut 2 Markstück grosse mit gesunden und norma aussehenden Granulationen bedekt Stelle an deren hinteren Ende sicl das Orificium Urethrae befindet vorn fehlt ein Teil des Labiun minus. In d. linken Inguinalbeug eine gut 10—12 cm lange lineär Narbe.
12	1905	K. E., 46 J. alt V para Aufnahme 20. II. 00	Cancroid der linken kleinen Schamlippe	5. III. 00. Exstirpation des Can croid mit dem Paquelin, Entfer nung der Inguinaldrüsen. 18. III. 00 z. Zt. gut entlassen
13	1900	K. E., 67 J. alt V para Aufnahme 2. VI. 00.	Carc. lab. maj. sinistri. inoperabile.	15. VI. 00 Excochleatio; Cauteri satio. 2. VII. Gebessert entlassen.
14	1900	F. R., 56 J. alt VIII para Aufnahme 10. VII. 00	Carc. clitorid	13. VII. 00. Abtragen mit der Paquelin, erklärt sich mit d. Ex stirp. der Drüsen nicht einver standen, 26. VII gebessert ent lassen.
15	1902	H. F., 64 J. alt O para Aufnahme 30. IV. 02.	Carc. lab. maj. sinistri.	3. V. 02. Exstirpation der ulcer Stelle mit dem Paquelin. Exstir pation von 2 Inguinaldrüsen rechts
16	1902	R. D., 59 J. alt III para Aufnahme 2. XII. 02.	A: Nie krank seit $^1/_4$ Jahr bemerkte die Pat. ein kleines Knötchen an d. äusseren Geschlechtsteilen, das sich seit ungef. vier Wochen rasch vergrösserte; an d lk. Labium ein markstückgrosses carcinomatöses Ulcus. D: Carc. der linken Schamlippe.	Excision.

Recidiv	Status praesens
	† am 8. XII. 00 in ihrer Heimat an Krebs (nicht mehr operiert).
. Tabelle über Scheiden-Carcinom lfd. Nr. 16.	† 22. V. 04.
	nicht aufzufinden.
Jahre ohne Recidiv, sodann Leistenrüsenknoten und Bauchfellentzündung.	† im Jahre 1903.
3. III. 03. Recidiv. Nochmals operiert; zuhause weiter behandelt.	† wenige Wochen nach der Operation an Sepsis.
Februar 1904: Recidiv: t: An der rechten Vulv-Hälfte ein erbengrosses dunkelrotes weiss gesprenkelt. erbes gegen die Unterlage wenig verschiebbares Knötchen: Excision. . VII. 05. II Recid.: Seit einem Jahr emerkt Patientin, dass an dem rechten abium sich eine kleine Geschwulst geildet hat. Keine besonderen Beschwerden. t: In der Mitte des rechten grossen abium ein gut pflaumengrosser Tumor, nit nur wenig ulcerierter Oberfläche; ie Narbe gegenüber an dem Labium	

Lf. Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
17	1904	K. M, 50 J. alt II. para Aufnahme 15. V. 04.	A: Seit ca. 1 Jahr brennende Schmerzen und Schwellung in der Gegend der Clitoris; seit 10 Wochen Ausfluss u. Beschwerden beim Gehen und Sitzen. St: An Stelle der Clitoris ein fast handtellergrosses Ulcus m. scharf. Rändern; die gz Partie oberhalb d. Harnröhrenöffnung erscheint ödematös geschwollen, beim Auseinanderlegen der Teile sieht man die Ulceration mit starker Zerklüftung in die Tiefe gehen und zwar bis auf das Periost der vorderen Symphysenwand. Die ganze Masse erscheint aber nach vorn gegen den Knochen beweglich und gegen die Umgebung gut abgegrenzt. In beiden Inguinalgegenden, besonders in der linken verschiedene bis kirschkerngrosse harte und etwas bewegliche Drüsen. Auf der rechten Seite ebensolche ziemlich tiefliegend u. gegen die Fascie wenig verschiebbar: Carcinoma clitoridis.	16. V. Operation: Exstirpation d. ganzen carc. Neubildung mit schneidendem Paquelin in möglichster Ausdehnung von Rande der Ulceration bis auf da Periost gehend Die ziemlich zahlreich blutenden Gefässe werde nachträglich unterbunden; die Ulceration geht vorne bis an de oberen Rand der Harnröhrenöffnung die selbst intact bleibt. Nach Umlagerung der Patientin Spaltung der Haut oberhalb der link Leistengegend und Entfernung u Ausschälung einer grossen un kleinen Drüse ohne nennenswert Blutung. Schluss der Wunde mi fortlaufender Catgutnaht. Collodiumverband. Exstirpatio der Inguinaldrüsen beiderseits. 10. VI. Entlassung. Wohlbefinden

Recidiv	Status praesens
in. glatt; Inguinaldrüsen besonders echts leicht geschwellt, durchfühlbar. 1. VII. 05. Operation: Abtragen des anzen Tumor's mit dem Glühmesser ca. cm breit im Gesunden; hierauf Exstir- ation d. Lymphdrüsen beiderseits, rechts rei, links zwei Drüsen. Fortlaufende Catgutnaht Glutol-Collodiumverband. 6. VII. Allgemeinbefinden gut, entlassen.	10. VI. 07. Allgemeinbefinden sehr gut.
7. I. 05. Recidiv: inks eine Inguinaldrüse infiltriert; carc. istel: Th: Exstirpation der infiltrierten Drüsen beiderseits.	

Lf. Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
18	1904	V. L., 48 J. alt VI para Aufnahme 22. X. 04	A: Seit 3 Jahren Menopause. Seit 3 Jahren soll am linken Labium sich eine Geschwulst gebildet haben, d. d. Pat. im letzten halben Jahre Beschwerden b. Gehen und Sitzen machte. Von Zeit zu Zeit soll die Geschwulst bezw. das Geschwür geblutet hab., keine Beschwerden beim Wasserlassen; die letzten 2 Tage war Patientin wegen stärkerer Schmerzen und allgemeinen Uebelbefinden bettlägerig. 23. X. St: Der untere Teil des linken Labium majus ist durch eine orangengros. Geschwulst vorgebuchtet, die mit demselben leicht verschoben werden kann. An der Innenfläche des Labium majus ragt eine ca. talergrosse, pilzförmige Wucherung aus der Geschwulst hervor, der Tumor ist von da ab weicher Consistenz: Carcinoma lab. sinistr. majus.	25. X. Operation: Nach gründlicher Reinigung und Desinfektion der Geschwulst und besonders der ulcerierten Fläche wird von oben her beginnend $1^1/_2$—2 cm v. Rande der Ulceration entfernt, über der Geschwulst die Haut u. das subcutane Gewebe getrennt und dann teilweise mit dem Wasser, grösstenteils aber stumpf unter mässigem Anziehen der Geschwulst dieselbe aus dem Bindegewebe herausgeschält, wobei überall eine Menge kleiner Arterien isoliert und unterbunden werden müssen. Besonders bei der Ablösung der Geschwulst am aufsteigenden Sitzbeinast, wo die Ablösung ziemlich dicht am Knochen vorgenommen werden muss, ist das Bindegewebe ziemlich blutreich. Nach Unterbindung der einzelnen Gefässe wird die von der Symphyse bis dicht vor den Anus gehende Wunde durch eine Reihe versenkter und fortlaufender Catgutnähte verschlossen. Auf eine Exstirpation der Inguinaldrüsen wird, da bei der Palpation Vergrösserung derselben nicht nachweisbar ist verzichtet. 8. XI. Nach normalem Heilungsvorgang wird Patientin entlassen
19	1904	K. K., 58 J. alt I. para Aufnahme 10. XI. 04.	A: Seit 4 Wochen Schmerzen am rechten Labium maj. Seit dieser Zeit eitriger Ausfluss. Patientin bemerkt seit dieser Zeit das Auftreten einer Geschwulst am rechten Labium maj. St: Am rechten Labium maj. eine talergrosse Geschwulst, die noch auf das Ende des Labium minus übergreift. Rauhe, wie mit Papillen be-	14. XI. Operation. Nachdem die Geschwulst mit Müzeux etwas angezogen, wird sie mit dem Paquelin ziemlich weit umschnitten und überall vollständig von ihrer Umgebung abgelöst. Einige spritzenden Gefässe werden mit den Klemmen gefasst und unterbunden. Geschwulst von kleinapfelgrösse und ziemlich derb. 26. XI. Wunde beim Austritt gut geheilt.

Recidiv	Status praesens
	Mai 1907: Allgemeinbefinden sehr gut.
16. III. 05 Recidiv:	

Lf. Nr.	Jahr	Namen	Befund und Diagnose	Therapie
			setzte Oberfläche; Geschwulst von der Unterlage gut abhebbar. Farbe hochrot. D: Cancroid der rechten grossen Labie.	
20	1905	K. M., 58 J. alt O para Aufnahme 10. II. 05.	Carc. vulvae	14. II. 05. Excision. Entfernun der vergrösserten Drüsen. 12. III. 05 geheilt entlassen.
21	1905	G. R., 35 J. alt V para Aufnahme 13. V. 05.	Carc. urethr.	Excision; Entfernung von 5— Inguinaldrüsen.
22	1906	K. M., 70 J. alt VI para Aufnahme 9. IV. 06.	Carc. clitorid.	11. X. 06. Exstirp. des Carc. C der Inguinaldrüsen beiderseits. 30. X. 06. Geheilt entlassen.

Recidiv	Status praesens
	† 2. IV. 05 inoperiert an Recidiv.
8. VI. 07. Recidiv. erap.: Exstirpation und Entfernung einer kleinen Drüse rechts.	Geheilt entlassen.
Recidiv im selben Jahre Entfernung weiterer Lymphdrüsen.	Allgemeinbefinden sehr gut keinerlei Beschwerden.
	Allgemeinbefinden sehr gut.

Zum Schlusse obliegt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Geh. Rat Professor Dr. Hofmeier für die gütige Überlassung der Arbeit und die Übernahme des Referates meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Auch Herrn Dr. Reinecke danke ich hier nochmals bestens für seine liebenswürdige Unterstützung.

Literatur.

Frommel's Jahresbericht, Jahrgang: XIV, XV, XVI, XVII, XIII, XIV.

Archiv zur Gynaekologie Bd. 66, 74, 75, 76.

Centralblatt für Gynaekologie Bd. 27 II., 28 I., 28 II., 29 I., 29 II., 30 I., 30 II.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie Bd. 54—59.

Hofmeier-Schröder: Handbuch der Frauenkrankheiten.

Hofmeier: Grundriss der gynaekologischen Operationen.

A. Martin: Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten.

v. Winkel: Lehrbuch der Frauenkrankheiten.

Küstner: Lehrbuch der Gynaekologie.

Veit: Lehrbuch der Gynaekologie.

Gebhardt: Pathol. Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane.

Winter: Gynaekologische Diagnostik.

Kalle: Beitrag zur Kenntnis des primären Scheiden- und Vulva-Krebses I.-D. Greifswald 1903.

Würst: Ueber einen Fall von primärem Carcinom der Vagina I.-D. Leipzig 1899.

Lebenslauf.

Ich, Nikolaus Werthmann, katholischer Konfession, wurde am 10. Oktober 1877 zu Birstein (Hessen-Nassau) als Sohn des fürstlich Isenburgischen Hofrates Johann Franz Werthmann geboren. Ich genoss Privatunterricht von meinem Vater und wurde von diesem für die Untersecunda des humanistischen Gymnasiums vorbereitet. Ostern 1894 trat ich in die Untersecunda des grossh. hessischen Gymnasiums zu Bensheim ein und verliess dasselbe Ostern 1898 mit dem Reifezeugnis, um mich in Würzburg dem Studium der Medizin zu widmen. Nach dem IV. Semester bestand ich die ärztliche Vorprüfung, verblieb meine klinischen Semester ebenfalls in Würzburg und bestand ebendaselbst am 25. Juli 1903 die ärztliche Staatsprüfung. Von da ab war ich als Volontärassistent und als Vertreter praktischer Ärzte tätig; am 1. Mai 1905 übernahm ich die Assistentenstelle an der kgl. Hebammenschule und Entbindungsanstalt zu Bamberg, die ich bis zum 1. März 1907 innebehielt. Im Sommersemester 1907 begab ich mich nach Würzburg, um unter Leitung von Herrn Geheimrat Hofmeier meine Dissertation über: Beitrag zur Pathologie und Therapie der Vulva- und Scheidencarcinome, zu verfertigen.